

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00059981D19



Secretaria Nacional  
de Políticas sobre Drogas

Gabinete de Segurança  
Institucional



615.7822  
S623P  
V. 1  
DEP. LEGAL

# ESPERA

# SUPERAD

O uso de substâncias  
psicoativas no Brasil:  
Epidemiologia,  
Legislação, Políticas  
Públicas e Fatores  
Culturais

# 1

## SUPERA



Sistema para detecção do  
Uso abusivo e dependência de substâncias  
Psicoativas:  
Encaminhamento, intervenção breve,  
Reinserção social e  
Acompanhamento



## Módulo I

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação Políticas Públicas e Fatores Culturais

01. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira
02. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas
03. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento
04. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas
05. A rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil
06. Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?



**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA**  
**Gabinete de Segurança Institucional**  
**Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

## O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais: módulo 1

Coordenação do módulo Tarcisio Matos de Andrade

**Brasília**  
**2008**

1154302

615.7822  
S623P  
Vol  
Dep Legal.

**MJ - BIBLIOTECA**

**O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia,  
Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais: módulo 1**

**Presidente da República**  
Luiz Inácio Lula da Silva

**Vice-Presidente da República**  
José Alencar Gomes da Silva

**Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional**  
Jorge Armando Felix

**Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas**  
Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa



**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA**  
**Gabinete de Segurança Institucional**  
**Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

**O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia,  
Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais: módulo 1**

Coordenação do módulo Tarcisio Matos de Andrade

**Brasília**  
**2008**

1154302

SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento  
Coordenação de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2008 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, Departamento de Psicobiologia, Departamento de Informática em Saúde - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.  
Disponível em: CD-ROM  
Disponível também em: <<http://www.supera.org.br/senad>>  
Tiragem desta edição: 5500 exemplares  
Impresso no Brasil/ Printed in Brazil  
Edição: 2008

**Planejamento visual e gráfico:** Laboratório de Educação a Distância do Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

**Elaboração, distribuição e informações:**

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD

Esplanada dos Ministérios - Bloco "A" - 5º andar - sala 523 - CEP 70050-903

Brasília - DF [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) - Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Rua Napoleão de Barros, 1038 - Vila Clementino - 04024-003 - São Paulo . SP

**Linha direta SUPERA - Fone/Fax: 0800 770 1757**

Homepage: [www.supera.org.br/senad](http://www.supera.org.br/senad) e-mail: [faleconosco@supera.org.br](mailto:faleconosco@supera.org.br)

U86

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais: módulo 1 / coordenação do módulo Tarcisio Matos de Andrade. - Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

53 p. (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação geral Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-60662-08-1

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle I. Andrade, Tarcisio Matos de II. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira III. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza IV. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas V. Série.

CDD - 615.7883

SUPERA

1  
módulo

O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL:  
Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais  
Coordenação: Tarcisio Matos de Andrade (UFBA)

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Objetivos de ensino.....                                                                                                       | 1  |
| CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira .....                     | 2  |
| A história do álcool .....                                                                                                     | 2  |
| Embriaguez e alcoolismo .....                                                                                                  | 4  |
| Outras drogas como maconha, inalantes e crack/cocaína .....                                                                    | 6  |
| O uso de drogas na forma de automedicação .....                                                                                | 9  |
| Bibliografia consultada .....                                                                                                  | 10 |
| Atividades .....                                                                                                               | 11 |
| CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas ..... | 13 |
| Epidemiologia do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas .....                                                     | 14 |
| Objetivos dos estudos epidemiológicos nesta área:.....                                                                         | 14 |
| Dados recentes sobre o consumo de drogas no país. ....                                                                         | 15 |
| As drogas mais usadas no país .....                                                                                            | 16 |
| Outras Drogas (energéticos, esteróides anabolizantes, orexígenos) .....                                                        | 22 |
| Considerações Finais .....                                                                                                     | 22 |
| Bibliografia consultada .....                                                                                                  | 24 |
| Atividades .....                                                                                                               | 25 |
| CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento .....           | 26 |
| Bibliografia consultada .....                                                                                                  | 32 |
| Atividades .....                                                                                                               | 33 |
| CAPÍTULO 4: Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas. ....             | 34 |
| Histórico .....                                                                                                                | 34 |
| Conhecendo o panorama mundial - Seminário Internacional: Políticas Públicas sobre Drogas .....                                 | 35 |
| Ganhando legitimidade e representatividade - Fóruns Regionais sobre Drogas .....                                               | 35 |
| A Política da sociedade - Fórum Nacional sobre Drogas .....                                                                    | 36 |
| Legislação brasileira sobre drogas coloca Brasil em destaque no cenário internacional .....                                    | 37 |
| Atividades .....                                                                                                               | 38 |
| CAPÍTULO 5: A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil .....                            | 39 |
| Sistema Único de Saúde: princípios e instâncias de deliberação e gestão .....                                                  | 39 |
| Diretrizes para a política de álcool e outras drogas .....                                                                     | 40 |
| Rede de atendimento do SUS. ....                                                                                               | 41 |
| CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento? .....                                                   | 44 |
| Medicamentos são... ..                                                                                                         | 44 |
| Cuidados com os medicamentos .....                                                                                             | 45 |
| O que é automedicação? .....                                                                                                   | 46 |
| Medicalização da sociedade. ....                                                                                               | 48 |
| Uso Racional de Medicamentos (URM) .....                                                                                       | 48 |
| Propaganda de Medicamentos .....                                                                                               | 48 |
| Normas para a propaganda de medicamentos. ....                                                                                 | 50 |
| Conclusão .....                                                                                                                | 51 |
| Bibliografia consultada .....                                                                                                  | 52 |
| Atividades .....                                                                                                               | 53 |

SUPERA



**Objetivos de ensino**

Os participantes serão capazes de:

- Reconhecer os fatores culturais que interferem no consumo de álcool e outras drogas no Brasil;
- Identificar a multicausalidade do uso de álcool e outras drogas, ampliando a visão de que somente o produto e sua oferta determinam o consumo;
- Enumerar, em linhas gerais, os dados existentes sobre prevalência do uso, abuso e dependência das drogas mais utilizadas no país entre os diferentes grupos populacionais e regiões;
- Identificar as principais fontes de dados e os meios de obtê-los, para o diagnóstico do uso de drogas na região em que vivem;
- Avaliar a situação local do uso de drogas, para propor intervenções preventivas adequadas à realidade da área específica;
- Enumerar os princípios básicos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD);
- Descrever os aspectos legais relacionados ao uso, à dependência e ao comércio ilegal de drogas e suas implicações nas modalidades assistenciais vigentes;
- Caracterizar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na detecção e intervenção sobre transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
- Identificar os elementos de estigmatização das pessoas que usam substâncias psicoativas;
- Reconhecer a necessidade de atendimento dos usuários de substâncias psicoativas em serviços não especializados como um meio de desestigmatização;
- Atender de modo adequado, no nível da atenção primária à Saúde, pessoas usuárias ou portadoras de transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.



1. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira
2. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas
3. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento
4. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas
5. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil
6. Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?



**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira

**Dentre as substâncias psicoativas referidas neste capítulo será dada maior ênfase ao álcool, utilizado sob a forma de bebidas alcoólicas, porque esta droga é, de longe:**

- a droga mais consumida no Brasil;
- a droga mais relacionada a danos diretos e indiretos à saúde da população;
- a droga mais negligenciada, do ponto de vista das práticas preventivas, diagnósticas e de tratamento pelos profissionais de saúde.

**Tópicos**

1. A história do álcool
2. Embriaguez e alcoolismo
3. Outras drogas (maconha, inalantes e crack/cocaína)
4. O uso de drogas na forma de automedicação

**A história do álcool**

**Em primeiro lugar, você vai ficar sabendo como começou o uso das substâncias psicoativas em nosso país:**

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, no início da colonização, descobriram o costume indígena de produzir e beber uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada cauim. Ela era utilizada em rituais, em festas, portanto, dentro de uma pauta cultural bem definida. Os índios usavam também o tabaco, que era desconhecido dos portugueses e de outros europeus. No entanto, os portugueses conheciam o vinho e a cerveja e, logo mais, aprenderiam a fazer a cachaça, coisa que não foi difícil, pois para fazer o açúcar a partir da cana-de-açúcar, no processo de fabricação do mosto (caldo em processo de fermentação), acabaram descobrindo um melaço que colocavam no cocho para animais e escravos, denominado de "Cagaça", que depois veio a ser cachaça, destilada em alambique de barro e, muito mais tarde, de cobre.

A cachaça é conhecida de muito tempo, desde os primeiros momentos em que se começava a fazer do Brasil, o Brasil. O açúcar, para adoçar a boca dos europeus, como disse o antropólogo Darcy Ribeiro, da amargura da escravidão; a cachaça para alterar a consciência, para calar as dores do corpo e da alma, para açoitar espíritos em festas, para atizar coragem em covardes e para aplacar traições e ilusões. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho, sempre com diminutivos.

**Qual é o lugar do álcool e das outras drogas em nossa cultura?**

Veja no quadro abaixo o que dizem a respeito desse assunto dois importantes pensadores da cultura ocidental:

"Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os "paraísos artificiais", isto é, .... a busca de auto transcendência através das drogas ou... umas férias químicas de si mesmo... A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas - ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma."

**(Aldous Huxley, escritor inglês)**

**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira

"Porque os homens são mortais e não podem se habituar a essa idéia, o néctar e a ambrosia são fantasmas encontrados em todas as civilizações. Plantas mágicas, bebidas divinas, alimentos celestiais que conferem imortalidade, as invenções são múltiplas e todas, na falta de sucessos práticos, expressam e traem o terror diante da inevitável necessidade".

**(Michel Onfray, filósofo francês)**

Não depende sempre da vontade o desejo de beber, pelo menos em muitos casos. Antes, é uma imposição; um estranho e imperioso chamado como a suavidade do canto de sereia que encanta, enfeitiça e enlouquece. Mas, nada é tão simples assim, a bebida está bem entranhada na cultura brasileira. O hábito de beber faz parte da nossa maneira de ser social. Sendo assim:

- Cada povo, cada grupo social, cada pessoa tem a sua condição de responder a determinados estímulos produzidos em seu meio, ou externos a ele. Em outros termos, podemos dizer que temos uma pauta cultural em que as coisas são normalmente dispostas. Por exemplo, o licor na festa de São João, o vinho no Natal, a cerveja no carnaval e assim por diante, não que sejam exclusivas, mas as mais representativas de cada uma dessas festas.
- A cachaça é a bebida mais íntima da população, porque é de baixo custo, na maioria dos casos, e com pouco dinheiro pode-se beber o suficiente para perturbar-se e perturbar a todos os que estiverem à volta.
- É a forma social e individual de beber que está em jogo, quando se fala em consumo de álcool, já que há uma larga disposição social para consumi-lo na formas das mais diversas bebidas - destiladas ou fermentadas, fortes ou fracas.

É preciso ver o álcool no conjunto da vida social e não só na das pessoas, e sobretudo, não só em si mesmo, como muita gente o faz, ou seja, considera o álcool um agente autônomo e o culpa por suas conseqüências, como se fosse um ser animado que agisse por conta própria. No sentido oposto, é preciso ver a disposição social para o consumo de drogas e se perguntar: por que as pessoas procuram as drogas? Por que as pessoas bebem? E, também perguntar: se usam drogas, e dentre elas o álcool, por que as consomem desta ou daquela maneira? Moderada ou abusivamente?

Por que será que sob o efeito da mesma quantidade de álcool, algumas pessoas ficam alegres, outras ficam agressivas ou mesmo violentas? Por que será que um derivado opióide como a meperidina, por exemplo, para algumas pessoas é apenas um analgésico potente e para outras, além desse efeito, é uma fonte de prazer a ser buscada de forma repetida? E ainda: por que uma mesma pessoa sente de maneira diferente os efeitos de uma mesma droga, em diferentes circunstâncias e contextos? Por que uma droga alucinógena, quando utilizada no contexto de um ritual religioso, tem muito menos efeito perturbador da consciência do que quando usada com outros propósitos?

**O que se pode concluir daí, e que tem sido apontado por estudiosos do assunto, é que os efeitos de uma droga dependem de três elementos:**

1. suas propriedades farmacológicas (excitantes, depressoras ou perturbadoras);
2. a personalidade da pessoa que a usa, suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas;
3. o conjunto de fatores ligados ao contexto de uso dessa droga, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente.





**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira**Embriaguez e alcoolismo****Vamos agora falar um pouco sobre a embriaguez e o alcoolismo:**

Vamos ver como o filósofo Onfray, nos fala desse assunto. Nos diz ele que *"o alcoolismo é uma noção que apareceu pouco tempo após as circunstâncias que ele caracterizou, contemporâneo dos anos seguintes à industrialização, um desejo desesperado de responder a condições de vida deploráveis"*. Ele fala da bebida com respeito e simpatia, como acontece com muita gente, mas acrescenta: *"a embriaguez do alcoolista supõe um homem tornado objeto, incapaz, a partir de então, de se abster de bebidas perturbadoras. Muitas vezes sua dependência está relacionada a uma incapacidade de encontrar em si próprio o que permitiria um domínio, uma resistência às dores do mundo"*.

Quando uma pessoa perde o controle sobre a ação de beber ela se torna objeto da bebida, que perturba a consciência para além do domínio que a pessoa tem de si mesma. Eis a embriaguez em sua forma mais simples, uma leitura sem preconceitos, mas ao mesmo tempo carregada com tintas muito fortes, porque nem todos os que bebem são dominados pela bebida, embora não se deva esquecer o quanto as bebidas acendem as paixões.

Entretanto, quando o álcool não é utilizado para aumentar a espíritosidade, mas para incentivar, encorajar ou consolar amargura, ele se torna um poderoso fator de desorganização do sujeito como ser social, isto é, para além de si como indivíduo e de suas relações com os outros, com os íntimos e com os de cerimônia. Quando advém a embriaguez e, com a frequência do uso, o alcoolismo, toda a magia da bebida é substituída pela perversidade da forma como ela é consumida.

**VOCÊ SABIA?**

**Uma das formas eficazes empregadas para a desorganização de determinados povos indígenas foi a introdução da aguardente.**

**Às vezes, duas palavras parecem significar a mesma coisa, entretanto, vistas de perto são bem diferentes. Esse é o caso das palavras "alcoólatra" e "alcoolista":**

É muito importante recordar que normalmente as pessoas se tornam conhecidas pelo que fazem, ou seja, pela profissão que exercem. Se você trabalha, é um trabalhador ou uma trabalhadora; se você só estuda, é um estudante ou uma estudante e assim por diante. Uma pessoa que bebe com alguma frequência é um bebedor ou uma bebedora, mas sabemos que estes termos não são muito frequentes, e em seu lugar vem a denominação de *bêbado* ou *bêbada*.

**Alcoólatra**

O termo alcoólatra confere uma identidade e impõe um estigma, que anula todas as outras identidades do sujeito, tornando-o tão somente aquilo que ele faz e que é socialmente condenado, não pelo que faz, mas pelo modo como o faz. Em outros termos, não é a bebida em si, mas aquela pessoa que bebe mal, isto é, de modo abusivo, desregrado, que a leva à condição de ser socialmente identificada popularmente como *"alcoólatra"*, ou seja, quem *"idolatra"*, *"adora"* e se tornou dependente do álcool.

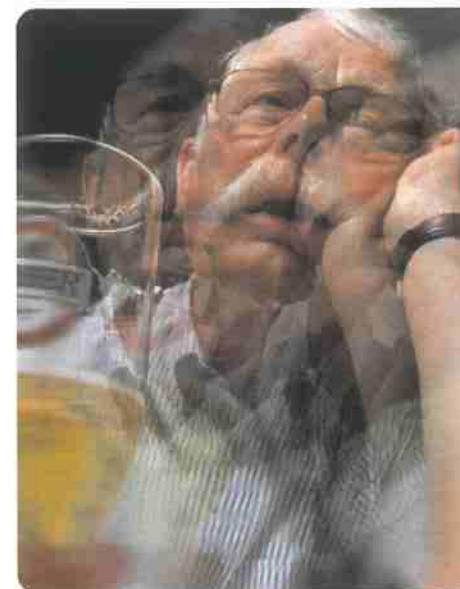
**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira**Alcoolista**

Este termo foi proposto por alguns pesquisadores como uma alternativa menos carregada de valorização, isto é, de estigma. Segundo eles, isto não reduziria a pessoa a uma condição, como a de alcoólatra, mas o identificaria como uma pessoa que tem como característica uma afinidade com alguma coisa, com alguma idéia. Por exemplo, uma pessoa que torce no futebol pelo Flamengo é flamenguista; se estiver inscrito no partido PFL é pefelista, e assim por diante. É uma característica, mas não reduz o indivíduo a ela, como uma identidade única e dominante. Eis porque seria preferível designar uma pessoa como alcoolista e saber que ele é, ao mesmo tempo, muitas outras coisas, inclusive alguém que pode deixar de ser dependente de álcool. Isto ajudaria esta pessoa a não ser estigmatizada, reduzida a uma única condição.

Apesar desta argumentação, em português, os termos "alcoólatra" e "alcoolista" continuam sendo usados, quase que indistintamente, por diferentes autores, mas sempre equivalendo a "dependente de álcool". Esta seria a expressão mais adequada cientificamente. O termo "alcoólico" não é muito adequado, pois na língua portuguesa significa *"o que contém álcool"*, mas muitas vezes é empregado devido à semelhança com a palavra inglesa *"alcoholic"*, que além deste mesmo significado é também usada para referir-se a quem é dependente de álcool.

É muito importante, portanto, o cuidado com as palavras, com os termos que usamos para classificar coisas e pessoas, porque estas palavras e termos têm poder de conferir identidade e, assim, estigmatizar, reduzir uma pessoa a uma única condição, apagando, negando todas as demais.

**É aceitável que um profissional de saúde não tenha respostas para determinadas demandas que se apresentam. Entretanto, contribuir para piorar ainda mais a situação dos que os procuram, é tudo o que não deve acontecer.**



**Um "bêbado" ou uma "bêbada" deixa de ser tantas outras coisas, por exemplo:**

ser pai ou mãe, ser trabalhador ou trabalhadora, para ser tão somente bêbado ou bêbada.

Como as pessoas vivem em sociedade, o reconhecimento é fundamental para a identidade e esta é fundamental para o reconhecimento social.



**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira

**Como você bem percebe, vivemos imersos em notícias e propagandas, algumas delas bonitas e até engraçadas, entretanto é preciso estar atento para avaliá-las criticamente. Em relação às substâncias psicoativas, qual será mesmo o papel da mídia?**

Como já dissemos, cachaça, fumo e maconha estão na origem da civilização brasileira. Hoje, as bebidas são produzidas por grandes empresas e anunciadas vivamente pelos meios de comunicação, em sofisticadas propagandas comerciais, em todos os lugares e em quase todos os horários. As cervejarias, por exemplo, gostam de explorar a imagem da mulher, quase sempre como uma figura sedutora à disposição, valendo mais o apelo sexual do que qualquer outra dimensão humana. As propagandas de cigarro, por seu lado, exploram tanto a sexualidade como o espírito esportivo, atletas e jovens em aventuras, ou caubóis e seus cavalos, e os jovens e “*fanqueiros*” fumando, como se quisessem negar os efeitos nocivos do tabaco, sobretudo para quem pratica esportes. A todo o momento, pela via das propagandas comerciais, somos convidados a beber e as propagandas nos dizem que seremos melhores, teremos mais sorte e ficaremos mais fortes e alegres se bebermos esta ou aquela marca, este ou aquele tipo de bebida, que pode ser a cerveja, o vinho, o uísque ou a cachaça, dentre outras tantas à disposição dos gostos e da capacidade aquisitiva dos consumidores.

A mídia, ao mesmo tempo em que nos informa, muitas vezes ultrapassa a sua responsabilidade social, tornando-se fonte de muitos equívocos e desinformações, devido ao seu comprometimento com o mercado de anunciantes. No livro Rodas de Fumo (*referências no final do capítulo*), os autores chamam a atenção para o papel exercido pela imprensa a partir dos meados dos anos 50, enfatizando o lugar de “*desordeiro*” e de “*desvio de caráter*” atribuído às pessoas que usavam maconha. Nesse particular, o papel exercido pela mídia foi mais intenso do que as revelações das pesquisas científicas da época. Isso foi em grande parte responsável pela maneira como as novas gerações foram instruídas sobre esse assunto.

Um outro aspecto que você deve ter notado foi a introdução de motivos infantis, tais como lebre, tartaruga e siris nas propagandas de bebidas alcoólicas, num claro apelo dirigido às pessoas nessa faixa de idade.

**Outras drogas como maconha, inalantes e crack/cocaína****Maconha**

O uso de **maconha**, com propósitos medicinais, data de 2.700 a.C. Largamente utilizada na Europa com este propósito, durante os séculos XVIII e XIX, ela foi introduzida no Brasil pelos escravos africanos e foi difundida também entre os indígenas, sendo no início usada com propósitos medicinais e nas atividades recreativas como a pesca e nas rodas de conversa, nos finais de tarde. Nos Estados Unidos, ela já era conhecida pelos índios quando os mexicanos a trouxeram para aquele país.

No Brasil, no final do primeiro quarto do século XX, segundo descrição de Pernambuco-Filho & Botelho, distinguiam-se duas classes de “vícios”: os “vícios elegantes” que eram o da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos pelas elites (branca, em sua maioria) e os “deselegantes”, destacando-se o alcoolismo e o maconhismo, próprios das camadas pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes. Segundo esses mesmos autores, não tardou para que o produto (a maconha) trazido da África viesse a “*escravizar a raça opressora*”. Estas afirmações mostram, além da origem da maconha no país que, já naquela época, ocorria a difusão do seu consumo por todas as classes sociais. Este é um fato incontestável diante da realidade nacional, entretanto permanece no imaginário social a associação “**pobre - preto - maconheiro - marginal - bandido**” traduzida nas ações policiais dirigidas às pessoas autuadas pelo porte de maconha, que na periferia das grandes cidades são muito mais severas do que nas áreas mais ricas e socioeconomicamente mais favorecidas.

**Inalantes**

Vários estudos apontam para um maior uso de inalantes entre crianças e adolescentes de minorias étnicas e socialmente menos favorecidas. Mais adiante neste mesmo módulo você verá que o uso dessas substâncias entre meninos de rua é mais prevalente do que entre estudantes e entre a população em geral.

**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira

Veja agora o quadro de efeitos dos inalantes e as condições de vida dos meninos de rua, e conclua por você mesmo o “lugar” dessas drogas em suas vidas:

**Efeitos dos inalantes:**

- Redução da sensação de fome e de frio
- Redução da sensação de dor
- Produção de sensações agradáveis, inclusive alucinações

**Condições de vida dos meninos de rua:**

- fome, frio, desamparo decorrente da vida nas ruas;
- dor física e sofrimento psíquico decorrente dos maus-tratos e de várias formas de violência;
- privação social, inclusive de parte da própria família.



Dados brasileiros sobre o consumo dessas substâncias em crianças de rua da cidade de São Paulo indicam que quase a metade delas (47,5%) referiu como motivo para o uso razões como: “**é gostoso e faz sonhar com coisas boas**”.

**Cocaína**

Levantamentos epidemiológicos (dados diretos) e indicadores epidemiológicos (dados indiretos), conforme você verá em detalhes mais adiante, têm evidenciado um aumento considerável das **apreensões** de cocaína, a partir dos anos oitenta, no Brasil. Em paralelo, houve um aumento do consumo e com isso a cocaína tomou o lugar dos medicamentos como o dextropropoxifeno (Algan) e derivados anfetamínicos (“*bolinhas*”; “*arrebites*”) na preferência dos usuários desse tipo de substâncias estimulantes.

**Veja a seguir outros aspectos culturais relacionados ao uso da cocaína, além do lugar que ocupa, como um produto proibido:**

A cocaína já foi comercializada livremente pelo laboratório Bayer, no passado, e enaltecida por suas qualidades medicinais. O Manual MERK, um livro muito utilizado na área de saúde, em sua primeira edição no último quarto do século XIX, trazia a indicação de cocaína com a dosagem a ser utilizada para situações de cansaço e desânimo.

- A folha de coca tem sido usada milenarmente pelos povos andinos para reduzir a fadiga e o cansaço das longas jornadas de trabalho.
- Em nossa cultura, algumas pessoas fazem uso de cocaína para se manterem acordadas e atentas por mais tempo que o habitualmente suportável.
- Um estudo entre adolescentes que procuraram tratamento, na cidade de São Paulo, encontrou como principal (64,7%) motivo de uso de cocaína o “alívio do desânimo”.

O crack, uma forma de cocaína de uso relativamente recente em nosso país, teve os primeiros registros científicos de seu consumo no início dos anos noventa, portanto há menos de 20 anos. O crack não é uma droga diferente de cocaína, mas



**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira

a própria cocaína preparada para consumo por via inalatória (fumada). A rapidez e intensidade de seus efeitos, que se devem à intensa absorção da cocaína ao nível dos pulmões, são fatores que favorecem a dependência dessa droga. Isso você verá com mais detalhes nos módulos 2 e 3.

**Você sabe por que o consumo de crack tem se expandido tanto em nosso meio, sobretudo nas grandes cidades, inclusive substituindo o consumo de cocaína injetável?**

**Veja no quadro abaixo as razões para isso:**

- efeito rápido e intenso;
- menor custo, em relação ao pó de cocaína, adequando-se ao perfil de baixa renda da maioria dos seus consumidores;
- é de fácil utilização, dispensando a necessidade do uso de seringas;
- tem maior aceitação social pela maneira como é consumido (fumado), algumas vezes misturado ao tabaco e à maconha (pistilo, mesclado), do que o uso de drogas injetáveis;
- constitui uma alternativa ao uso de drogas injetáveis, em virtude dos riscos associados à infecção por HIV e hepatites.

**Esteróides anabolizantes**

A crescente valorização do corpo nas sociedades de consumo pós-industriais - refletida nos meios de comunicação de massa que expõem como modelo de corpo ideal e de masculinidade um corpo inflado de músculos - tem possivelmente contribuído para que um número crescente de jovens envolva-se com o uso de **esteróides anabolizantes**, na intenção de rapidamente desenvolver massa muscular.

**Quais são as principais motivações evidenciadas pelas pesquisas para o consumo de anabolizantes em nosso país?**

**Confira no quadro a seguir:**

- Para muitos jovens a fisicultura, isto é, o culto ao corpo, se constitui numa alternativa de construção de identidade, diante da realidade das periferias urbanas, marcadas pelo desemprego, pelo tráfico de drogas e pela violência;
- No trabalho sobre o corpo, estes jovens buscam uma forma de se destacar na comunidade e de compensar uma baixa auto-estima. A dimensão da identidade positiva construída pelos fisicultores é a que enfatiza sua condição de atleta corroborada na prática da musculação e em outros cuidados com o corpo;
- O "crescimento" rápido, mediado pelo uso de anabolizantes, se constitui num elemento de identidade capaz de opor-se à condição de desempregados/desocupados em que muitos se encontram. O corpo torna-se então um instrumento privilegiado, por meio do qual a pessoa busca reconstruir o Eu (Self), fortalecendo uma identidade fragilizada.

**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira**O uso de drogas na forma de automedicação**

Essa é outra marca da nossa cultura. É bastante comum que o uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, se deva em parte à automedicação ou prescrição informal, o que é tão bem exemplificado pela existência das farmácias domésticas e pelo freqüente uso de medicações por indicação de familiares, vizinhos e amigos. Essa situação é favorecida, entre outras razões, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, de uma parcela expressiva de nossa população. Outro fator importante que contribui para a automedicação é a falta de suportes identificatórios, ou seja, pessoas que não têm como modelo a família, a escola e as instituições. Essa falta de modelo de identificação propicia uma alquimia própria guiada pela busca do autocontrole das sensações, na tentativa de resolver sozinho os próprios problemas, inclusive as angústias existenciais.

Desse modo, alguns bebem para relaxar e, se ficam "de porre", "cheiram" (cocaína) para "levantar o moral" e, ao final da jornada, por não conseguirem conciliar o sono, fazem uso de um tranqüilizante. Trata-se de uma busca de autocontrole das sensações às custas de um conhecimento farmacológico, absolutamente informal e por isso mais exposto a riscos, inclusive de morte, como não raro ocorre na situação de uso de múltiplas drogas, como no caso acima, no qual as três drogas mencionadas têm efeito sobre o funcionamento cardíaco. Esse controle de si, e por si mesmo, associado ao controle social existente no pequeno grupo, na comunidade, na sociedade como um todo, tem sido desconsiderado pelas políticas públicas, sobretudo por aquelas pautadas na repressão, centralizadas na droga e que reduzem o usuário ao produto que consome.

**Essas informações podem ajudar você, profissional de saúde, a refletir de modo mais realista sobre o uso de drogas, tornando menos árduas e mais eficazes suas intervenções dirigidas aos usuários dessas substâncias.**



**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira**Bibliografia consultada**

1. Andrade, T.M. Condições psicossociais e exposição ao risco de infecções pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, em uma comunidade marginalizada de Salvador, Bahia. Tese de doutorado em Medicina Interna. Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 1996.
2. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Lima EL, Adiala JC. Revisão: Perfil de uso de cocaína no Brasil, J bras Psiq, 44: 287-303, 1995.
3. Carlini EA, Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. J bras Psiq 45: 227-236, 1996.
4. Carlini-Cotrim B, Carlini EA. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na grande São Paulo. Parte II: Meninos de rua e menores internados. Revista da ABP-APAL, 9: 67-77, 1987.
5. Galduróz JCF, Figlie NB, Carlini EA. Repressão às drogas no Brasil: a ponta do "Iceberg?" J Bras Psiq 43: 367-371, 1994.
6. Iriarte, J.B.; Andrade, T.M. Musculação, uso de esteróides anabolizantes e percepção de riscos entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 18(5):1379-1387, Rio de Janeiro, 2002.
7. MacRae, E.; Simões, J.A. Rodas de fumo - uso de maconha entre as camadas médias urbanas. Editora da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2000.
8. Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Uso de "crack" em São Paulo: fenômeno emergente? Rev ABP-APAL, 16: 75-83, 1994.
9. Onfray, Michel. A razão gulosa: filosofia do gosto. Tradução Ana Maria Sherer. Rio de Janeiro: Rocco, 1999, p. 66.
10. Padilha ER, Padilha AM, Morales A, Olmedo EL. Inhalant, marihuana and alcohol abuse among barrio children and adolescents, Int. J. Addict, 14: 945-964, 1979.
11. Reinerman, C.; Levine, H.G - Crack in América - demon drugs and social justice. Universidade of California Press, Berkeley, 1997.
12. Scivoletto S, Henriques Jr. SG, Andrade AG. A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento, J bras Psiq 45(4): 201-207, 1996.
13. Silveira, D.X.; Moreira, F.G. Panorama atual de drogas e dependências. Editora Atheneu, São Paulo, 2006.

**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira**Atividades****Reflexão**

Para uma melhor compreensão da relação entre cultura e uso de drogas, faça os seguintes exercícios:

1. Procure conversar com pessoas que vivem em diferentes locais de sua cidade e que pertençam a diferentes grupos sociais sobre o uso de drogas, os usuários e como é vivida essa situação em cada uma dessas realidades.
2. Quando em contato com pessoas de outras cidades e outros estados procure repetir essa mesma observação.
3. Inclua como fonte de informação pessoas com diferentes posições em relação a essa prática, tais como não usuários que toleram os que usam, não usuários que não toleram os que usam e os próprios usuários.
4. Procure conhecer a história de vida de pessoas em situação de abuso e ou dependência de álcool e/ou de outras drogas.

Obs: A sua posição como profissional de saúde certamente lhe favorecerá nessa tarefa, mas fundamental mesmo será o seu propósito de procurar conhecer sem julgar.

**Teste seu conhecimento**

- 1 - ) Considerando que o uso de inalantes é maior entre os meninos de rua, é correto afirmar que:
  - a) É uma forma dos meninos de rua conhecerem melhor a realidade em que vivem
  - b) Os efeitos do uso de solventes não se relacionam com a realidade da vida nas ruas
  - c) A proibição do uso de solventes vai aliviar o sofrimento da vida nas ruas
  - ☒ d) As políticas dirigidas a essa situação devem em primeiro lugar levar em consideração a maneira como vive essa população
- 2 - ) Sobre o uso de drogas, é correto afirmar que:
  - a) Não se trata de uma necessidade de todos os povos, em todas as épocas, mas apenas de uma pequena minoria
  - b) Os tipos de drogas e as formas de consumo não se correlacionam com povos e nem com ocasiões, pois as drogas se definem por suas propriedades farmacológicas
  - ☒ c) Mais importante que o tipo de droga é a maneira como ela é consumida
  - d) Automedicação não constitui uma forma de uso de drogas
- 3 - ) Sobre o uso de álcool e maconha, no Brasil, é correto afirmar que:
  - a) A maconha já era usada pelos índios quando os portugueses aqui chegaram
  - ☒ b) A maconha sempre foi uma droga proibida no Brasil
  - c) A produção de cachaça foi iniciada no Brasil a partir da produção do açúcar e com a mão de obra escrava
  - ☒ d) A cachaça era uma das principais fontes de renda do Brasil colônia

**CAPÍTULO 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**  
Tarcísio Matos de Andrade e Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira

4 - ) Considerando que o uso de anabolizantes traduz a crescente valorização do corpo na sociedade atual, é correto afirmar que:

- a) Trata-se de uma questão estética e por isso não diz respeito aos profissionais de Saúde
- b) É a realidade de uma pequena minoria de pessoas mais favorecidas que podem pagar academias
- c) É um meio de constituir uma identidade, e por isso também deve estar presente entre as populações mais desfavorecidas, que vivem nas periferias das grandes cidades
- d) Não tem relação com auto-estima baixa

5 - ) Assinale a alternativa correta:

- a) "Alcoólatra" e "alcoolista" são termos de igual significado e por isso devem ser usados indistintamente
- b) Beber é um ato voluntário e por isso deixar de beber é uma decisão pessoal
- c) O uso de uma droga envolve três elementos: a droga, a personalidade de quem usa e o meio no qual ela é usada
- d) As propriedades farmacológicas de uma droga são o único determinante dos seus efeitos

**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Antes de conhecer algumas informações fornecidas pela Epidemiologia, vamos relembrar alguns conceitos:**

**Epidemiologia**

A palavra vem do grego, *Epedeméion* (aquele que visita)

- *Epí* (sobre)
- *Demós* (povo)
- *Logos* (palavra, discurso, estudo)

Etimologicamente, "*epidemiologia*" significa: "ciência do que ocorre com o povo". Por exemplo: quantas pessoas estão infectadas com o vírus da AIDS, ou quantas são fumantes, ou ainda quantos ganham salário mínimo, são questões com a qual se preocupa a epidemiologia.

**Prevalência**

É a proporção de casos de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado.

Por exemplo: Quantos fumantes havia entre os moradores da cidade de São Paulo em 2001.

(Casos existentes) (população determinada) (tempo determinado)

**Tópicos**

1. Epidemiologia do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas
2. Objetivos dos estudos epidemiológicos nesta área
3. Dados recentes sobre o consumo de drogas no país
4. As drogas mais usadas no país (álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína / crack, anfetamínicos, anticolinérgicos, alucinógenos e heroína)
5. Outras Drogas (energéticos, esteróides anabolizantes, orexígenos)
6. Considerações Finais



**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Epidemiologia do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas****Alguns conceitos de epidemiologia**

No módulo 3, você verá com detalhes como diagnosticar o uso abusivo e a dependência, mas para que você possa entender os dados das pesquisas epidemiológicas considere:

**Uso na vida** - qualquer uso (inclusive um único uso experimental) alguma vez na vida;

**Uso no ano** - uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa;

**Uso no mês** - uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

**Uso freqüente** - uso, em 6 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

**Uso pesado** - uso, em 20 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

**Uso abusivo** - padrão de uso que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, mas a pessoa ainda não preenche critérios para ser considerada dependente;

**Dependência** - conjunto de sinais e sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância.

**Objetivos dos estudos epidemiológicos nesta área:**

- Diagnosticar o uso de drogas em uma determinada população
- Possibilitar a implantação de programas preventivos adequados à população pesquisada

**Tipos de estudos**

1. Levantamentos epidemiológicos (fornecem dados diretos do consumo de drogas):
  - Domiciliares (pesquisa o uso de drogas entre moradores de residências sorteadas)
  - Com estudantes (alunos do ensino fundamental, médio ou de cursos superiores)
  - Com crianças e adolescentes em situação de rua (informações colhidas entre crianças e adolescentes que vivem a maior parte do tempo na rua)
  - Com outras populações específicas; por exemplo: profissionais do sexo; trabalhadores da indústria; policiais, etc.
2. Indicadores epidemiológicos (fornecem dados indiretos do consumo de drogas de uma determinada população)
  - Internações hospitalares
  - Atendimento ambulatoriais
  - Atendimento em salas de emergências
  - Laudos cadavéricos de mortes violentas (fornecidos pelo IML - Instituto Médico Legal)
  - Apreensões de drogas feitas pelas polícias Federal, Estaduais e Municipais.
  - Prescrições de medicamentos (ex: benzodiazepínicos e anfetamínicos)
  - Mídia (notícias veiculadas pelos meios de comunicações sobre as drogas)
  - Casos de violência decorrentes do uso de drogas
  - Prisões de traficantes

**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Dados recentes sobre o consumo de drogas no país****Agora você irá conhecer alguns dados sobre o consumo de álcool e outras drogas no país.**

Os dados *diretos* que serão apresentados a seguir foram obtidos a partir de três levantamentos: domiciliar, com estudantes do ensino fundamental e médio, e com crianças e adolescentes em situação de rua.



- **II Levantamento Domiciliar:** englobou as 108 maiores cidades do país (aquelas com mais de 200 mil habitantes). Foram utilizadas amostras representativas de cada cidade, com base nos dados do IBGE. Foram entrevistadas 7.939 pessoas, selecionadas por sorteio, na faixa etária de 12 a 65 anos de idade. Os resultados serão apresentando os achados do primeiro

Levantamento de 2001 e o segundo de 2005.

- **V Levantamento Nacional com estudantes** do ensino fundamental (a partir da 5ª. Série) e médio, de escolas públicas das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal: amostra representativa, com base em dados das Secretarias de Educação. Os questionários foram aplicados em sala de aula, garantindo-se o total sigilo e o anonimato das informações. No total, foram pesquisados 48.155 estudantes, entre 11 e 18 anos de idade.

- **Levantamento com crianças e adolescentes em situação de rua:** foram entrevistadas 2.807 crianças e adolescentes que vivem em situação de rua, isto é, vivem a maior parte do tempo na rua e freqüentemente recebem assistência do governo ou de organizações não governamentais (ONGs), na forma de refeições e roupas, porém não se encontram em abrigo permanente. A pesquisa abrangeu todas as capitais do Brasil, incluindo jovens de 10 a 18 anos de idade.

Os dados *indiretos* (indicadores epidemiológicos), que serão apresentados adiante, foram obtidos a partir de levantamentos realizados nos prontuários do Instituto Médico Legal; de apreensões feitas pela Polícia Federal; de internações hospitalares por dependência de drogas; de dados do Detran-SP (Departamento de Trânsito) e de dados sobre vendas de medicamentos ansiolíticos (aqueles que diminuem a ansiedade e o nervosismo) e anorexígenos (aqueles que diminuem o apetite, usados em regimes).



**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**As drogas mais usadas no país**

**Comparações entre 2 Levantamentos Domiciliares (2001 e 2005)**

**Observação Importante:** embora as porcentagens estejam, geralmente, maiores na comparação entre os Levantamentos de 2001 e 2005, isso não reflete cientificamente um aumento real e significativo, segundo as análises estatísticas aplicadas.

22,8% da população pesquisada em 2005 já fizeram **uso na vida** de drogas, exceto tabaco e álcool, correspondendo a 10.746.991 pessoas. Em 2001 os achados foram, respectivamente, 19,4% e 9.109.000 pessoas. Em pesquisa semelhante realizada nos EUA em 2004 essa porcentagem atingiu 45,4%.

A estimativa de dependentes de álcool em 2005 foi de 12,3% e de tabaco 10,1%, o que corresponde a populações de 5.799.005 e 4.760.635 de pessoas, respectivamente; havendo aumento de 1,1%, quanto as porcentagens de 2001 e 2005 são comparadas, tanto para álcool como para tabaco.

O **uso na vida** de maconha em 2005 aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados, um aumento de 1,9% em relação a 2001. Comparando-se o resultado de 2005 com o de outros estudos, pode-se verificar que ele é menor do que de outros países como EUA (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (22,4%). Porém superior à Bélgica (5,8%) e Colômbia (5,4%).

A segunda droga com maior **uso na vida** (exceto tabaco e álcool) foram os solventes (6,1%), havendo um aumento de 0,3% em relação a 2001. Porcentagens inferiores encontradas nos EUA (9,5%) e superior a países como Espanha (4,0%), Bélgica (3,0%) e Colômbia (1,4%).

Entre os medicamentos usados **sem receita médica** os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram uso na vida de 5,6%, aumentando em 2,3% quando comparado a 2001. Porcentagem inferior ao verificado nos EUA (8,3%).

Quanto aos estimulantes (medicamentos anorexígenos), o **uso na vida** foi de 3,2% em 2005, aumentando 1,7% comparando-se a 2001. Porcentagens próximas à de vários países como Holanda, Espanha, Alemanha e Suécia, mas muito inferior aos EUA (6,6%). Vale dizer que foi a única categoria de drogas cujo aumento de 2001 para 2005 foi estatisticamente significativo.

Em relação à cocaína, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito **uso na vida**. Em relação aos dados de 2001 (2,3%) houve, portanto, um aumento de 0,6% no número de pessoas utilizando este derivado de coca.

Diminuiu o número de entrevistados de 2005 (1,9%) em relação aos de 2001 (2,0%), relatando o uso de xarope à base de codeína.

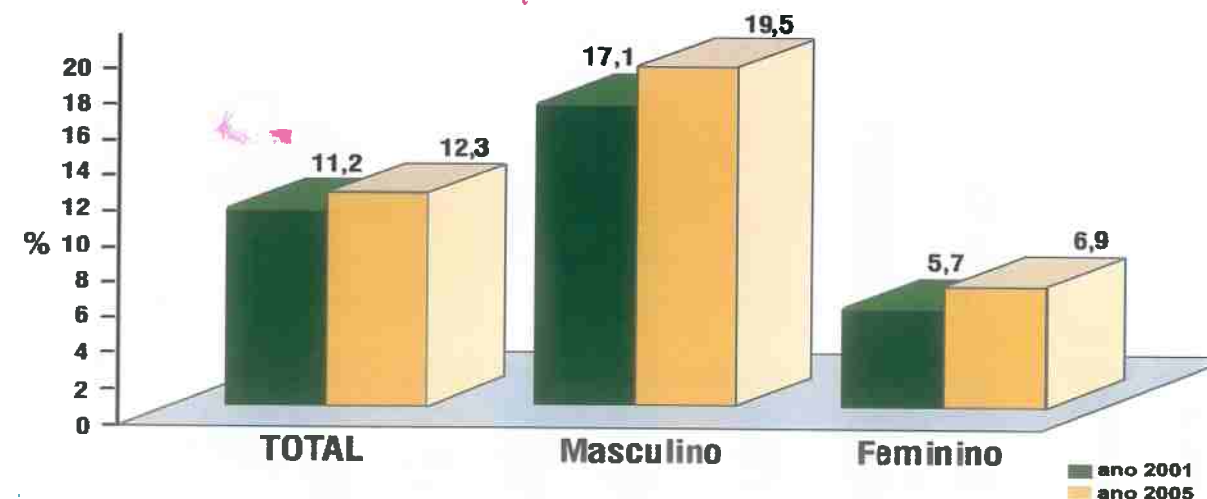
O **uso na vida** de heroína em 2001 foi de 0,1%; em 2005 houve sete relatos correspondendo a 0,09%. Estes dados são menores que os achados nos EUA (1,3%).

**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Álcool**

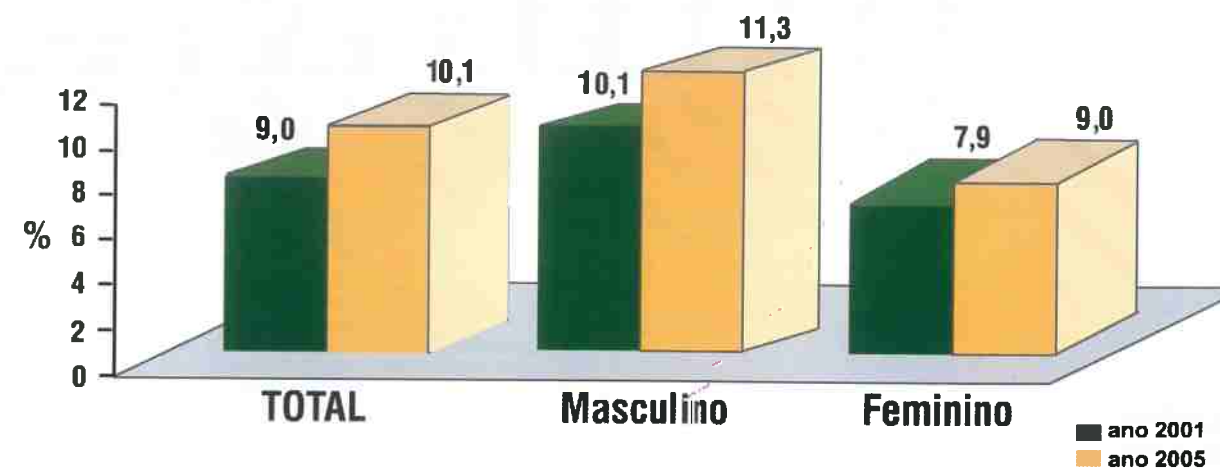
A Figura 1 abaixo mostra as porcentagens de entrevistados de ambos os sexos preenchendo os critérios de dependência do álcool.



**Figura 1** - Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo dependência de Álcool, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

**Tabaco**

Verificou-se que nas faixas etárias estudadas, em 2005, mais homens relatam uso na vida que as mulheres (Figura 2).



**Figura 2** - Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de Tabaco e dependência, distribuídos segundo o sexo e as faixas etárias dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

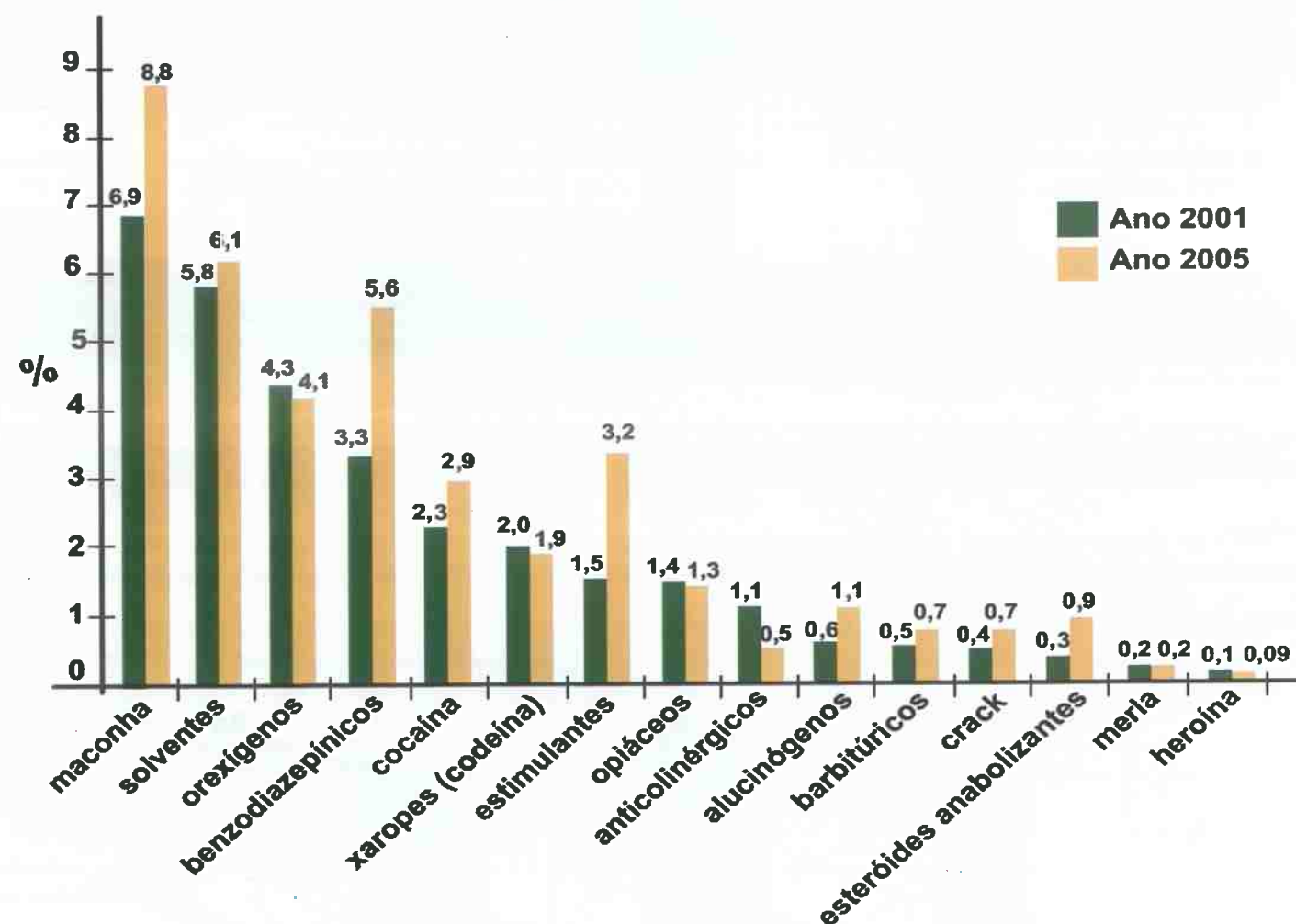


## CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas

José Carlos Fernandes Galduróz

## Drogas Psicotrópicas (Exceto Tabaco e Álcool)

A Figura 3 mostra o **uso na vida**, distribuído por gênero, nos anos de 2001 e 2005, para 15 drogas. Houve um aumento de prevalência de 2001 para 2005 em 09 drogas (maconha, solventes, cocaína, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, crack, anabolizantes e barbitúricos); diminuição para quatro (orexígenos, opiáceos, xaropes com cocaína e anticolinérgicos) e o mesmo consumo para duas (heroína e merla).



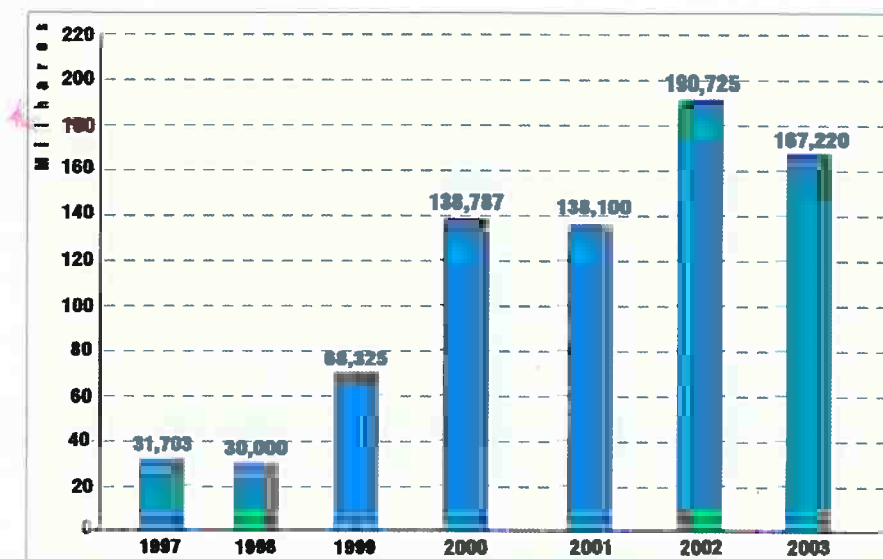
**Figura 3** - Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

## CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas

José Carlos Fernandes Galduróz

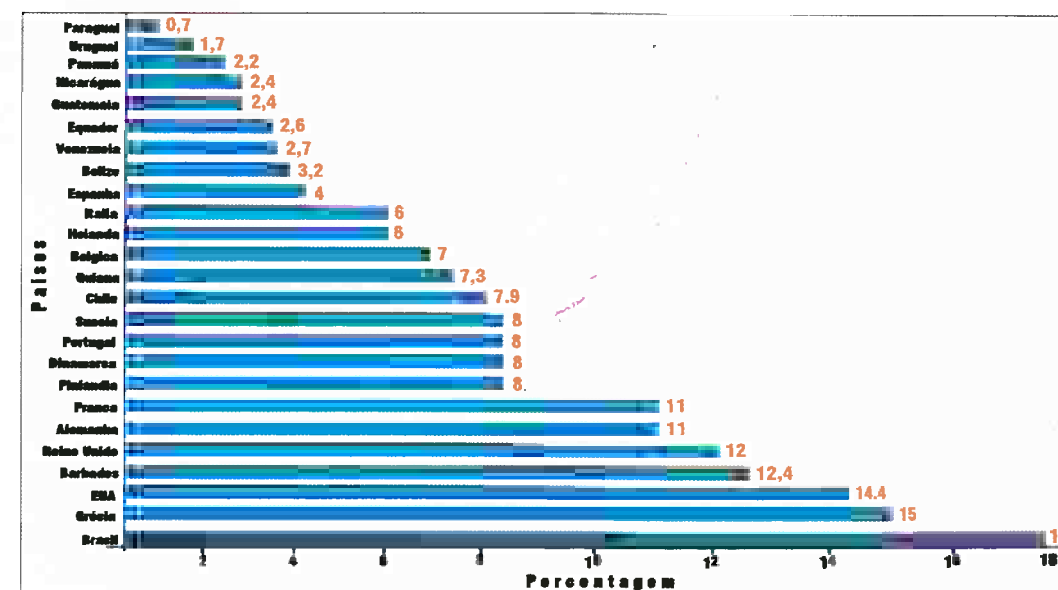
## Maconha

As apreensões de maconha, feitas pela Polícia Federal de 1987 a 2003, no Brasil, (dados indiretos) podem ser vistas na Figura abaixo. Note que houve crescimento das apreensões, ao longo dos anos avaliados, passando de 31.703 quilos em 1997, para 167.220 quilos em 2003. O gráfico mostra as apreensões em milhares de quilos.



## Solventes

Os solventes continuam sendo as drogas com maior **uso na vida**, entre os estudantes do ensino fundamental e médio, quando não consideramos álcool e tabaco. Teresina foi a capital que apresentou a maior porcentagem de uso (19,2%) e Aracaju a menor, (6,4%). O Brasil apresenta um dos maiores índices de **uso na vida** de solventes entre os estudantes (18,0%), não sendo ultrapassado por nenhum outro país, tanto das Américas quanto da Europa. A Figura compara os dados obtidos no Brasil com os de outros países, em relação ao uso de solventes.



**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Benzodiazepínicos**

Na pesquisa domiciliar, o **uso na vida** de benzodiazepínicos foi relatado por 3,3% da amostra, um índice inferior ao observado nos EUA (5,8%). A dependência de benzodiazepínicos foi estimada em 1,0% para o Brasil; estando as maiores porcentagens na região Nordeste, com 2,3% de dependentes. As mulheres relataram usar três vezes mais ansiolíticos que os homens.

**Cocaína / Crack**

O **uso na vida** de cocaína foi mencionado por 2,0% dos estudantes. A capital com a maior incidência de uso foi Boa Vista (4,9%). O relato de **uso na vida** de cocaína por estudantes brasileiros é menor do que o de países como EUA (5,4%), Espanha (4,1%) e Chile (3,7%), porém superior ao do Paraguai (1,6%), de Portugal (1,3%), da Venezuela e da Grécia (1,0%). O uso de cocaína sob a forma de crack foi mencionado por 0,7% dos estudantes do Brasil, porcentagem inferior à relatada por estudantes dos EUA (2,6%) e Chile (1,4%). Em João Pessoa, foi encontrada a maior porcentagem (2,5%) de **uso na vida** dessa droga, no país. Isto reforça a idéia da necessidade deste tipo de estudo para conhecer melhor a realidade de cada local.

No estudo domiciliar, a prevalência de **uso na vida** de cocaína, nas 107 maiores cidades do país foi de 2,3%, sendo este índice próximo aos de Chile (4,0%), Espanha (3,2%) e Reino Unido (3,0%), porém inferior ao dos EUA (11,2%). Na região Sul, foi encontrada a maior porcentagem (3,6%) e na região Norte, a menor (0,8%).

O **uso na vida** de crack foi de 0,7% para as maiores 107 cidades do país (domiciliar), cerca de 3 vezes menor do que o obtido no estudo americano. O uso de merla (um subproduto da cocaína) apareceu na região Norte, com 1,0%, a maior do Brasil.

O **uso pesado** de cocaína (20 vezes ou mais no mês), entre crianças e adolescentes em situação de rua, foi citado em 2,4% da amostra, no estudo de 2004.

**Anfetamínicos**

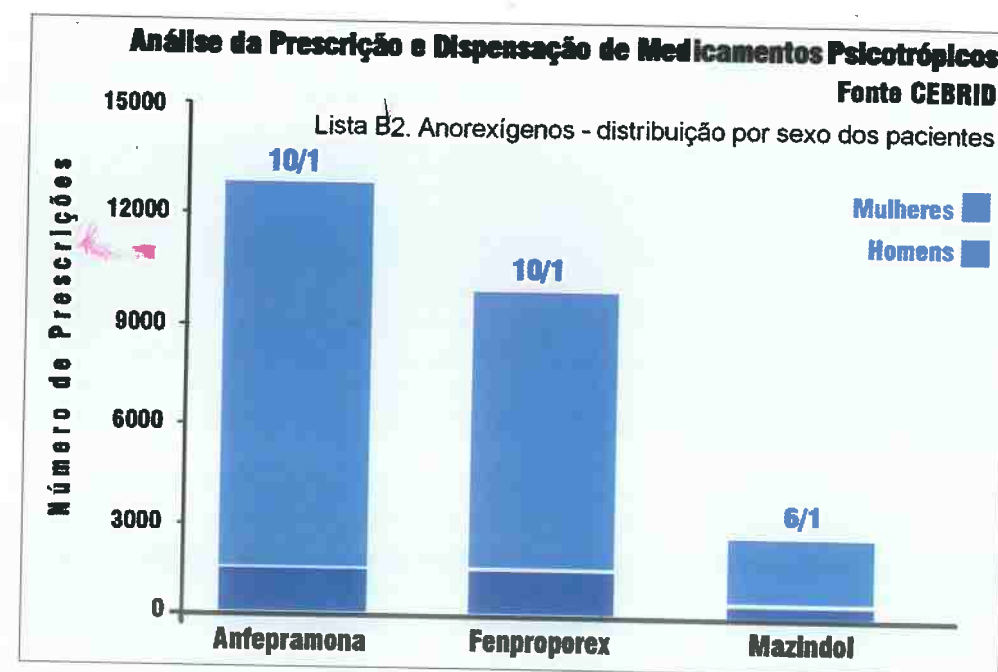
O **uso na vida** de anfetamínicos (medicamentos para tirar a fome), na pesquisa domiciliar, foi maior entre as mulheres do que entre os homens, em todas as faixas etárias estudadas. O **uso na vida** destes estimulantes foi relatado por 1,5%.

Na pesquisa entre estudantes, o **uso na vida** de anfetamínicos foi de 3,7%. A região com maior porcentagem de uso foi a Centro Oeste, com 4,6%. A capital com maior uso registrado foi João Pessoa, com 6,6%, e a menor, Maceió com 1,6%. Vários países relataram porcentagens de **uso na vida** maiores do que o Brasil: Nicarágua (10,4%); Reino Unido (8,0%); Venezuela (6,4%); Uruguai (6,2%); Paraguai (5,9%) e Chile (5,8%).

A Figura a seguir mostra a proporção de prescrições de anfetamínicos entre mulheres e homens. Note que as mulheres recebem bem mais prescrições desses medicamentos do que os homens. Estes dados foram obtidos pela análise dos receituários especiais que são necessários para comprar este tipo de remédio. Esse receituário é denominado Notificação B e é conhecido como "receituário azul".

**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Anticolinérgicos**

O **uso na vida** de anticolinérgicos (Artane® e Akineton, medicamentos usados no tratamento da doença de Parkinson) entre os estudantes foi de 1,2%, no Brasil; na região Nordeste, foi encontrada a maior porcentagem: 1,5%. Recife foi a capital com o maior **uso na vida** desse tipo de droga, com 2,3%, seguida de São Luiz, onde 2,1% dos estudantes mencionaram já ter feito uso desse tipo de medicação. Entre crianças e adolescentes em situação de rua, o uso de Artane® foi mencionado por 1,6% dos entrevistados.

**Alucinógenos**

Diferentemente dos Estados Unidos, onde o **uso na vida** de alucinógenos entre estudantes foi relatado por 6,4% e do Chile (1,9%), no Brasil, este uso foi de 0,6%. O Rio de Janeiro foi a capital com a maior porcentagem de estudantes que relataram **uso na vida** de alucinógenos (1,1%).

**Heroína**

O **uso na vida** de heroína, uma droga frequentemente citada na mídia, foi relatado por apenas 0,04% dos entrevistados na pesquisa domiciliar de 2001, ou seja, apenas quatro pessoas, sendo 3 relatos no Nordeste e um, no Sul. Embora essas porcentagens estejam muito abaixo da média americana (1,2%) e da relatada na Colômbia (1,5%), 21,1% dos entrevistados relataram a percepção de que obter heroína era fácil. Há discrepância entre o número de pessoas que mencionaram o uso (4) e as porcentagens obtidas para facilidade de obtenção, provavelmente pelo imaginário popular criado pela mídia, inclusive pela facilidade com que a população acredita ser possível obter drogas nas grandes cidades brasileiras. Não houve nenhum relato de uso de heroína entre os estudantes pesquisados.



**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Outras Drogas (energéticos, esteróides anabolizantes, orexígenos)**

Nas pesquisas realizadas, ainda foi detectado o uso de algumas outras drogas, com porcentagens significativas. Esses resultados servem de alerta para prováveis problemas futuros, decorrentes do abuso dessas substâncias. Entre elas, destacam-se:

**Energéticos**

O **uso na vida** de energéticos por estudantes foi expressivo em todas as capitais, 12,0% no total, sendo maior na região Sul (16,6%) e na cidade do Rio de Janeiro (17,8%). Estas substâncias merecem atenção especial, pois segundo alguns estudos elas podem prolongar o efeito excitatório do álcool.

**Esteróides anabolizantes**

O **uso na vida** de esteróides anabolizantes obtido na pesquisa foi de 1,0% no Brasil, tendo o Rio de Janeiro a maior porcentagem: 1,6% dos estudantes relataram já ter feito uso dessas substâncias. Estas drogas são usadas para aumentar a massa muscular, porém trazem graves efeitos colaterais - entre eles, arritmias cardíacas e câncer de fígado. Adicione-se a isso, o fato de algumas delas serem produtos de uso veterinário e empregadas em dosagens muito acima da indicada para animais. São comercializadas clandestinamente, sem o necessário controle de qualidade, o que aumenta em muito os riscos para a saúde.

**Orexígenos**

Na pesquisa domiciliar, o **uso na vida** de orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite) foi relatado por 4,3% dos entrevistados. No Nordeste, as porcentagens atingiram 11,2%, as maiores do Brasil, e as menores foram observadas no Sul (1,0%). Esses resultados merecem atenção especial dos estudiosos sobre o abuso de drogas.

**Considerações Finais**

Pode parecer estranho que, para uma mesma droga, apareçam porcentagens diferentes. Isto ocorre porque cada tipo de levantamento estuda uma determinada população com particularidades próprias. A Tabela a seguir ilustra este aspecto. É possível notar, por exemplo, que na pesquisa domiciliar (incluindo pessoas de 12 a 65 anos de idade), o uso na vida de solventes foi relatado por 5,8% dos entrevistados, enquanto entre jovens (estudantes e crianças e adolescentes em situação de rua) as porcentagens foram bem maiores. Isto significa que, quando se pretende aplicar um programa preventivo ou uma intervenção, é importante conhecer antes o perfil daquela população específica, pois suas peculiaridades são relevantes para um planejamento adequado.

**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Tabela - Comparação do uso na vida de algumas drogas em três diferentes populações pesquisadas. Dados expressos em porcentagens.**

| DROGAS    | LEVANTAMENTOS |            |                                            |
|-----------|---------------|------------|--------------------------------------------|
|           | Domiciliar    | Estudantes | Crianças e Adolescentes em Situação de rua |
| Maconha   | 6,9           | 7,6        | 40,4                                       |
| Solventes | 5,8           | 13,8       | 44,4                                       |
| Cocaína   | 2,3           | 2,0        | 24,5                                       |

É preciso lembrar ainda que, embora já existam estudos sobre o panorama do uso de drogas no Brasil, os dados disponíveis nem sempre são suficientes para avaliações específicas, além do que, o uso de drogas é algo dinâmico, em constante variação de um lugar para outro e mesmo em um determinado lugar. Por estas razões, há necessidade de programas permanentes de pesquisas epidemiológicas, para que novas tendências possam ser detectadas e programas de prevenção e intervenção adequadamente desenvolvidos.

**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Bibliografia consultada**

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS DEPARTAMENTOS DE TRÂNSITO (Abdetran). Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidente de trânsito. Brasília: Cetad/ Raid, 1997, 87 p.
2. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. - I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 380 p., 2002.
3. CONACE - Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Quinto Informe Anual sobre la Situación de Drogas en Chile, 2005. <http://www.conacedrogas.cl>
4. Curso de Formação em Prevenção do Uso Indevido de Drogas para Educadores de Escolas Públicas. Volume I: O adolescente e as drogas no contexto da escola. Secretaria Nacional Antidrogas e Ministério da Educação, 2004. 84p.
5. E.M.C.D.D.A. - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005. <http://www.emcdda.eu.int/index>
6. GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. - V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005. 398p.
7. NAPPO, S.A.; TABACH, R.; NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E. A. - Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. Eating Behaviors, 2: 1-13, 2001.
8. NIDA - National Institute on Drug Abuse. High School and Youth Trends, 2005.
9. <http://www.drugabuse.gov/about/roadmap/index.html>
10. NOTO, A.R.; CARLINI, E.A.; MASTROIANNI, P.C.; ALVES, V.C.; GALDURÓZ, J.C.F.; KUROIWA, W.; CSIZMAR, J.; COSTA, A.; FARIA, M.A.; HIDALGO, S.R.; ASSIS, D.; NAPPO, S.A. - Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. Revista Bras Psiquiatr., 24(2): 68-73, 2002.
11. NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.A.; MOURA, Y.G.; CARLINI, E.A. - Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, 246p., 2004.
12. SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. - Office of Applied Studies: 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 2001. (consulta feita através do site <http://www.samhsa.gov>).

**CAPÍTULO 2: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas**

José Carlos Fernandes Galduróz

**Atividades****Teste seu conhecimento**

- 1 - ) As porcentagens de uso de drogas variam de levantamento para levantamento e de indicador para indicador epidemiológico. Isto se deve a:
  - a) Metodologias inadequadas
  - b) Cada população tem suas particularidades de uso de drogas
  - c) É preciso cuidado ao comparar dados de levantamentos com dados de indicadores
  - d) Todas as anteriores estão corretas
  - e) Apenas as alternativas b e c estão corretas
- 2 - ) Epidemiologia é a ciência que estuda:
  - a) O uso de drogas de uma população
  - b) O uso de drogas e de certas doenças, como a AIDS
  - c) O que ocorre com o povo
  - d) Apenas as epidemias
  - e) Nenhuma das anteriores
- 3 - ) A finalidade da epidemiologia do uso de drogas é:
  - a) Fornecer subsídios para campanhas preventivas
  - b) Conhecer o consumo de drogas numa determinada população
  - c) Conhecer dados da evolução de uma determinada doença ou consumo de drogas
  - d) Conhecer novas tendências de uso de drogas
  - e) Todas as alternativas anteriores estão corretas
- 4 - ) Solventes são:
  - a) Drogas de abuso exclusivamente utilizadas por crianças em situação de rua
  - b) Drogas de abuso usadas somente por estudantes
  - c) As drogas mais usadas por crianças em situação de rua
  - d) Drogas de abuso com porcentagens de uso insignificantes
  - e) Há duas alternativas corretas





**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani

**Agora que você sabe que o uso de álcool e outras drogas é um grande problema de saúde pública no mundo e no Brasil, um importante aspecto a ser discutido é:**

- Por que temos dificuldades em lidar com esse problema?
- Seria uma questão de desinformação?
- Sendo assim, por que alguns profissionais de saúde, apesar de terem conhecimento sobre o assunto, não conseguem lidar com essa situação?

Com certeza, não existe uma única resposta para a questão, pois se trata de uma situação complexa, com múltiplos determinantes. Porém, aqui, especificamente, trataremos de uma das dificuldades com as quais os profissionais constantemente lidam que é a “**estigmatização**” de alguns problemas de saúde.

**Estigmatização:**

O termo Estigma pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. Muitas condições de saúde, dentre elas a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população, inclusive pelos profissionais de saúde. A estigmatização ocorre quando se atribui “rótulos” e “estereótipos” negativos a determinados comportamentos. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, provocando diversas consequências, inclusive o agravamento da situação.

**Estereótipos:**

São características pessoais ou sociais atribuídas a determinadas pessoas ou grupos, antes mesmo de ser realizada uma avaliação mais cuidadosa sobre estas características. No Brasil, por exemplo, existem os estereótipos de pessoas de determinadas regiões em relação ao comportamento. Para exemplificar melhor, faça a imagem de uma pessoa nascida na região nordeste ou na região sul, ou em algum estado como Minas Gerais ou Rio de Janeiro. É bem provável que você tenha uma concepção ou idéia de como estas pessoas falam, se comportam, se vestem ou se colocam perante as outras. Muitas vezes, fazemos essas generalizações como se todas as pessoas de um determinado grupo fossem exatamente iguais. Na área da saúde, muitas vezes temos a mesma tendência de classificar o comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde ou a “marca” que definimos para elas. Essa tendência é prejudicial tanto ao profissional, que deixa de perceber ou conhecer o problema mais a fundo, quanto ao paciente, que deixa de receber uma intervenção adequada ao seu problema.

Por exemplo, há alguns anos, ao falar de doenças, tais como Hanseníase (antiga lepra) e Tuberculose, havia uma idéia extremamente negativa, tanto da doença quanto das pessoas que portavam tal problema. Dentre as várias consequências desse comportamento, para o doente, é possível destacar o isolamento social, a piora da Qualidade de Vida, o preconceito

**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani

e principalmente a perda de oportunidade de acesso a um tratamento adequado. A “marca” ou Estigma que essas pessoas carregavam era colocada tanto pela população em geral quanto pelos profissionais de saúde, que muitas vezes evitavam tratar dos pacientes ou recomendavam o isolamento total. Ao longo da história, essas doenças foram perdendo essa conotação negativa e os resultados do tratamento se tornaram melhores, em função não somente do maior conhecimento técnico sobre elas, mas também da diminuição da visão estigmatizada do problema.

Em relação ao álcool e outras drogas, sobretudo as drogas ilícitas, podemos observar que existe uma forte conotação moral que dificulta abordagens mais adequadas e maior aproximação dos usuários. Existe uma associação equivocada, por parte da sociedade e inclusive de muitos profissionais de saúde, de que o usuário é “fraco”, “sem força-de-vontade”, “mau-caráter” ou que o uso e a dependência são “problemas sem solução”. Outras idéias equivocadas, que permeiam nossa sociedade são: “drogas matam” e “uma droga leve é a porta de entrada para drogas pesadas”. Frases como essas, quando analisadas criticamente, não apenas são ineficazes do ponto de vista preventivo, como são prejudiciais. Dados que podem contrapor tais idéias são:

**Estudos realizados nos Estados Unidos têm evidenciado que de cada 100 pessoas que experimentam maconha, apenas uma passa ao uso de cocaína;**

- 92% dos jovens entre 12-17 anos que experimentam drogas não seguem fazendo uso regular.



É muito mais adequado falar de **consumo leve** e **consumo pesado** do que de drogas leves e pesadas, uma vez que, desconsiderando-se o fato de se tratar de uma droga lícita ou ilícita, a intensidade do consumo está muito mais ligada aos prejuízos biológicos, psíquicos e sociais do que ao tipo de droga utilizada.

O tratamento e a prevenção adequados devem, portanto, ter bases científicas, levando em consideração o nível de conhecimento, a capacidade de discernimento e as escolhas da população a que se destinam.

**O propósito das figuras a seguir é exemplificar o trabalho com populações nos lugares e dentro das condições em que vivem.**





**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani



**Outra imagem muito comum que os profissionais de saúde têm sobre o usuário de drogas, sobretudo os de drogas ilícitas, é a de uma pessoa ligada diretamente ao crime, que não tem amor-próprio, que não se cuida, que não tem família ou aquela pessoa que fica caída na sarjeta, lembrando-nos do "bêbado de sarjeta"**

Sobre essa equivocada superposição entre uso de drogas e criminalidade, falta de amor-próprio e autodestruição, seguindo alguns estudiosos desse tema, podemos afirmar:

- As políticas repressivas, justificadas pelas questões legais, ligadas ao tráfico, contribuem de modo significativo para a exclusão social dos consumidores;
- Na maioria das vezes, as condições nas quais se dá o consumo desses produtos (sobretudo no caso das drogas ilícitas, cujo consumo ocorre sem qualquer controle de qualidade e em precárias condições de higiene) agravam em muito os seus efeitos primários e aumentam as consequências negativas para a saúde, o que fortalece a imagem de autodestruição, atribuída a essa população.

Entretanto, muitas pessoas que trabalham normalmente, têm família e uma vida socialmente ativa, usam álcool ou outras drogas. Por conta dessa imagem distorcida do usuário, o profissional de saúde perde uma oportunidade importante de intervir em grande parte da população usuária, por achar que somente aquelas pessoas com o "estereótipo" do usuário de álcool e outras drogas devem ser abordadas e encaminhadas a serviços especializados.

**Vejamos agora como a estigmatização e os estereótipos interferem na prevenção, no diagnóstico e no tratamento do uso e abuso de álcool e outras drogas:**

No Brasil, até muito recentemente, o uso e abuso de drogas se constituía num problema à parte dos serviços de saúde e, portanto, do âmbito de serviços especializados. O problema maior era que a maioria dos estados brasileiros não possuía Centros de Referência para atenção aos usuários de drogas e para a capacitação de novos profissionais. Somente nos últimos três anos é que, por meio de várias Portarias, o Ministério da Saúde tem estendido a atenção ao uso e abuso de drogas aos Serviços de Saúde em geral, inclusive aos Programas de Atenção Básica à Saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF).

Essas mudanças, entretanto, ainda se encontram distantes de serem efetivadas, pelas seguintes razões:

- Desconhecimento da real dimensão do problema; ou seja, não se sabe quantas pessoas no Brasil fazem uso, abusam ou são dependentes de drogas.
- A estigmatização e os estereótipos relacionados às pessoas que usam drogas, sobretudo as ilícitas, que as afastam dos serviços de saúde.
- A falta de profissionais de saúde com treinamento mínimo necessário para realizar os cuidados básicos e o encaminhamento adequado dessa população.



**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani

**Os dados a seguir exemplificam o que acaba de ser dito:**

Pesquisas têm demonstrado que apenas 5 a 10% das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas procuram tratamento especializado e que aproximadamente 20% das pessoas que procuram a rede de cuidados primários de Saúde têm problemas por uso de drogas, na grande maioria das vezes, não revelados durante a consulta.

Esse distanciamento, em relação ao uso e abuso de álcool e outras drogas, mantido no âmbito dos serviços de saúde, em geral, tem como produto a ausência de diagnóstico, ou o sub-diagnóstico dessas condições.

**Vejamos agora como se traduz essa exclusão dos usuários de drogas, no cotidiano da atenção à saúde:**

Muitos pacientes internados em Hospitais Gerais, inclusive nos Hospitais Universitários, apresentam enfermidades relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas, como é o caso de alguns pacientes diabéticos, com pancreatites, com hepatopatias, todas doenças relacionadas ao uso de álcool. Ou desenvolvem câncer de pulmão e outras doenças respiratórias, relacionadas ao uso de tabaco. E, ainda, AIDS e outras infecções relacionadas ao uso de drogas injetáveis. Por ausência do diagnóstico do uso e abuso de drogas, esses pacientes não recebem a atenção merecida, relacionada à prevenção e ao tratamento para problemas decorrentes do consumo dessas substâncias; fato esse que tem papel relevante na re-internação desses pacientes, com custos significativos do ponto de vista social e econômico, para eles próprios e para o Sistema de Saúde.

Considerando especificamente a prevenção, vamos ver agora os efeitos da estigmatização e dos estereótipos na prevenção primária, ou seja, quando se busca evitar o uso de drogas pela primeira vez.

Você certamente já percebeu que ao se referir ao uso de drogas ilícitas, o discurso oral ou escrito permite a impressão de que as drogas têm vida própria e são, por si mesmas, capazes de determinar o comportamento das pessoas. É por isso que você escuta frases como essas: "as drogas estão destruindo a sociedade" ou "guerra às drogas". O grande problema desta "demonização" das drogas ilícitas é o seu reflexo no usuário; que vai se "demonizando" junto com o produto e passa a ser visto, ele próprio, como uma pessoa má.

Você também sabe muito bem que todos nós temos uma grande preocupação com nossas crianças e jovens para que não se iniciem no uso de drogas, sobretudo das drogas ilícitas. Mas, por conta da estigmatização e do estereótipo do usuário, essas mesmas crianças e jovens, que são alvo de todo o nosso zelo e atenção, uma vez flagrados com um cigarro de maconha, por exemplo, passam a ser vistos como maconheiros, drogados e marginais. Algo semelhante à expulsão do paraíso. A droga portanto, repete nos tempos atuais o mito de Adão e Eva.



**SUGESTÃO:** assista ao filme "Bicho de Sete Cabeças"

Filme brasileiro com direção de Laís Bodanzky, lançado em 2000, com Rodrigo Santoro, Othon Bastos e Cássia Kiss no elenco.



**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani

Esse lugar social ocupado pela droga e pelos usuários, quando internalizado pelos profissionais de saúde e educadores, torna muito difícil a relação com o usuário, interferindo na percepção dos seus valores como pessoa e reduzindo-o a uma só condição: a de usuário de drogas. Isso, evidentemente, afasta essas pessoas dos serviços de educação, suporte social e saúde, agravando ainda mais os desvios porventura existentes.

Sem dúvida, aquele profissional que tem uma visão pré-formada e preconceituosa do usuário e do uso de drogas terá uma maior dificuldade para realizar um trabalho, tanto de prevenção, quanto de tratamento ou de reinserção social. A mudança de postura do profissional frente à questão beneficiará tanto o usuário, que poderá receber uma abordagem mais adequada e realista de seu problema, quanto o profissional que se beneficiará de conhecimentos técnicos bem fundamentados de abordagens mais adequadas, bem como de resultados mais favoráveis de seu trabalho.

Essa nova postura tem feito parte dos princípios e práticas da Redução de Danos, um tema que será abordado no Módulo 5. Com base nesses princípios, os usuários de álcool e outras drogas:

- Deixam de ser simplesmente alvo das ações de saúde, passando a ser também os seus protagonistas;
- Participam ativamente como agentes de saúde (redutores de danos), como educadores de outros usuários e na formação de associações em defesa dos seus direitos;
- Têm sido alvo de pesquisas de natureza demográfica, epidemiológica e psicossocial, realizadas no sentido de orientar os profissionais de saúde sobre a realidade de cada população para quem as ações de prevenção e tratamento serão dirigidas.

Portanto, é importante ter clareza que:

- A estigmatização do usuário de álcool e outras drogas não resolve o problema e, portanto, o problema continuará existindo em sua comunidade;
- A visão de que todos os usuários são pessoas "sem caráter" e, portanto, não merecem sua ajuda é equivocada. A grande maioria dos usuários é formada de pessoas comuns, que devem ser tratados como tal;
- O uso de álcool e outras drogas é um problema de saúde como outros;
- A postura moralista aumenta a dificuldade de abordar o tema.

Quais seriam então os ganhos de uma nova postura? Veja o quadro abaixo:

- Os pacientes ficarão mais satisfeitos, pois se sentirão respeitados pela forma como você os trata;
- Os resultados da intervenção se tornam mais evidentes, portanto você se sentirá um profissional mais competente;
- Ao invés de "colocar a poeira debaixo do tapete", você conseguirá enfrentar o problema e perceberá os resultados disso em médio prazo;
- Você se beneficiará mais com a qualificação técnica, pois conseguirá utilizar seus conhecimentos de forma mais abrangente.

**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani

**O primeiro passo para ser um bom profissional de saúde, em especial para aqueles que trabalham com comunidades é:**

- Saber identificar e entender o que acontece na sua localidade;
- Respeitar as diferenças e as características entre as pessoas e as diferentes culturas.



Figuras obtidas, a partir do trabalho de campo da ARD-FC, Faculdade de Medicina/UFBA, mostrando ação dos agentes comunitários de saúde (fardados, à direita) e dos redutores de danos, durante treinamento para integrar a atenção ao uso abuso de drogas à atenção básica de saúde.

Portanto, um passo importante para os profissionais participantes desse curso, é a necessária reflexão sobre suas próprias concepções a respeito do uso de álcool e outras drogas, revendo conceitos e buscando capacitar-se para conseguir de fato identificar, prevenir e tratar os problemas decorrentes do uso dessas substâncias. A qualidade de seu trabalho estará diretamente relacionada à forma como você e sua equipe encaram o problema.

Assim, podemos concluir primeiramente que é muito importante que os profissionais que atuam em todos os níveis de cuidado com a saúde sejam capacitados na atenção ao uso e abuso de drogas. Ao lado da capacitação em cuidados primários e encaminhamento adequado aos usuários de álcool e outras drogas, um passo importante é ter o conhecimento, proveniente de estudos científicos, sobre a real situação do consumo de drogas, e seus determinantes entre os usuários desses serviços.



**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani

**Bibliografia consultada**

1. Zimmm, L and Morgan, J.P. Marijuana myth, marijuana facts: a review of the scientific evidence (New york). The Lindesmith Center, 1997.
2. Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA), summary of findings from the 2000 National Household Survey on drug abuse (Rockville, MD: Office of Applied studies, NHSDA Series H-13, DHHS Publications No. (SMA 01-3549,2001).
3. Rosenbaum M. Safety First: a reality-based approach to teens, drug and drug education. Drug Policy Alliance. San Francisco, CA, 2002. <http://www.safety1st.org>
4. Andrade, T.M. Friedman, S.R. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. Em: Silveira, D.X. e Moreira, F.G. (org). Panorama atual de drogas e dependências. Atheneu, São Paulo. 2006
5. Barata, A. Introdução a uma sociologia das drogas. Em: Mesquita, F. Bastos, F.I. - Drogas e Aids - estratégias de redução de danos. HUCITEC São Paulo, 1994.
6. Silveira, DX.; Andrade T.M. Redução de Danos relacionada ao uso de drogas. Em - Universidade de Brasília e Secretaria Nacional Antidrogas. Prevenção ao uso indevido de drogas - Diga sim à vida. Vol 2, Brasília, 2000.
7. Lima MEO, Pereira ME, orgs. Estereótipos, preconceitos e discriminação. Perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA, 2004.
8. Fortney J et al. Factors Associated With Perceived Stigma for Alcohol Use and Treatment Among At-Risk Drinkers. J Beh Health Serv Res 2004; 31(4): 418-429.
9. Neves DP. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? Cad Saúde Pública 2004;20(1):7-14.
10. Ronzani TM. Avaliação de um Processo de Implementação de Estratégias de Prevenção ao Uso Excessivo de Alcool em Serviços de Atenção Primária à Saúde: entre o ideal e o possível. Tese de doutorado - Universidade Federal de São Paulo, 2005.
11. Humeniuk, R. & Poznyak, V. Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. 2004. Genebra:OMS.
12. Babor TF, Higgins-Biddle J. Intervenções Breves para o Uso Nocivo e de Risco de Alcool: manual para uso em atenção primária. 2003. Ribeirão Preto:PAI-PAD.

**CAPÍTULO 3: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**

Tarcísio Matos de Andrade e Telmo Mota Ronzani

**Atividades****Teste seu conhecimento**

- 1 - ) Sobre o uso de drogas, é correto afirmar que:
  - a) O foco deve dirigir-se mais para o padrão de uso da droga do que para o usuário em si
  - b) Nem todo uso de droga constitui motivo para tratamento
  - c) Este é um problema a ser analisado apenas por especialista, por se tratar de um problema complexo
  - d) São pessoas que geralmente tem alguma ligação com o crime
- 2 - ) Ainda sobre o uso de drogas, é correto afirmar que:
  - a) As pessoas que usam crack/cocaína frequentemente iniciaram pelo consumo de outras drogas como álcool, tabaco e maconha
  - b) Uma vez iniciado o uso de drogas, o caminho habitual é o uso regular, o abuso e a dependência
  - c) O uso de maconha leva ao uso de cocaína
  - d) Usar drogas é um caminho sem volta
- 3 - ) Sobre estigmatização e cuidados de saúde para as pessoas que usam drogas, é correto afirmar que:
  - a) A maioria dos usuários procura os serviços de saúde quando têm problemas decorrentes do uso e abuso de drogas
  - b) As pessoas que usam drogas não querem ser ajudadas e por isso não dizem que são usuárias
  - c) Os profissionais de saúde não estigmatizam os usuários e a maioria está preparada para atendê-los
  - d) O comportamento dos profissionais de saúde, habitualmente, reflete a influência da estigmatização e da exclusão social dos usuários de drogas
- 4 - ) As drogas estão destruindo a sociedade. Sobre essa frase é correto afirmar que:
  - a) Os usuários de drogas estão se destruindo
  - b) Devemos concentrar todos os recursos disponíveis em programas que evitem o contato de nossos jovens com as drogas, para que não se percam nem se marginalizem
  - c) Trata-se de um equívoco, pois não considera outros fatores relacionados tanto com o progresso, como com as rupturas sociais
  - d) Os usuários são vítimas das drogas que consomem
- 5 - ) Quando solicitado a prestar cuidados de saúde a pessoas que usam drogas, o profissional de saúde deve: (você pode assinalar mais de uma resposta, se for o caso)
  - a) Conhecer as condições de vida, os comportamentos e os padrões de consumo dos usuários de drogas de sua comunidade
  - b) Incluir outros profissionais e pessoas da comunidade, mas não os usuários de drogas, no planejamento e na execução das ações a serem desenvolvidas
  - c) Incluir outros profissionais, representantes da comunidade, inclusive os usuários de drogas, no planejamento e na execução das ações a serem desenvolvidas
  - d) Nunca deve envolver os usuários no planejamento ou execução dessas ações porque eles, além de não serem capazes, são muito problemáticos e comprometem o serviço





**CAPÍTULO 4: Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas**  
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Anna Paula Uchôa de Abreu Branco

## Tópicos

1. Histórico
2. Conhecendo o panorama mundial - Seminário Internacional: Políticas Públicas sobre Drogas
3. Ganhando legitimidade e representatividade - Fóruns Regionais sobre Drogas
4. A Política da Sociedade - Fórum Nacional sobre Drogas
5. Legislação brasileira sobre drogas coloca Brasil em destaque no cenário internacional

## Histórico

Até 1998, o Brasil não contava com uma política pública na área da redução da demanda e da oferta de drogas. Em junho daquele ano, em Nova York, durante a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, foram discutidos os princípios da redução da demanda de drogas e da responsabilidade compartilhada. Como consequência dessa Assembleia, foi criada no Brasil, em junho de 1998, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Em dezembro daquele mesmo ano, foi realizado em Brasília, o I Fórum Nacional Antidrogas, para a elaboração da Política Nacional Antidrogas (PNAD). Mas, somente três anos depois, em dezembro de 2001, por ocasião do II Fórum Nacional Antidrogas, e com base nos subsídios colhidos no I Fórum, a PNAD foi formalmente elaborada. Então, em 26 de agosto de 2002, por meio do Decreto nº 4.345, a Política Nacional Antidrogas foi, finalmente, instituída.

Ao longo dos três anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema “drogas” manteve-se em pauta, e a demanda pelo aprofundamento do assunto também. Assim, os fundamentos da PNAD tiveram que ser reavaliados, aprofundados e atualizados, levando em conta as transformações sociais, políticas, econômicas e, até mesmo, tecnológicas pelas quais o país e o mundo vêm passando.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como órgão responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo na área de redução da demanda de drogas, além de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de drogas no país, desenvolveu, em 2004, um processo para o realinhamento da Política vigente, embasando-se em dados epidemiológicos atualizados, cientificamente fundamentados e na ampla participação social. Para isso, uma série de oito eventos foi realizada: um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e o Fórum Nacional sobre Drogas. Durante todo o processo, a representatividade e a diversidade da participação popular foi crescente, notória e manteve-se em todas as ocasiões.

Devido à intersectorialidade do tema, o processo de realinhamento da PNAD contou com representantes do governo federal - como os Ministérios da Saúde, Educação, Justiça, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ciência e Tecnologia e Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República -, dos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, da comunidade científica, das organizações não governamentais, dos educadores, das lideranças comunitárias, dos profissionais da área da saúde e assistência social e da segurança pública e justiça. A discussão foi mantida aberta de forma a garantir, em todos os momentos, tanto a pluralidade quanto as especificidades. Assim, de forma democrática, pôde-se chegar à definição de uma Política Nacional representativa de toda e para toda a sociedade brasileira.

Como resultado do processo de realinhamento da PNAD, a partir do Fórum Nacional sobre Drogas (2004), o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre drogas”, já de acordo com os novos estudos, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo.

**A política passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas.**

**CAPÍTULO 4: Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas**  
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Anna Paula Uchôa de Abreu Branco**A ESTRATÉGIA: Descentralizar para democratizar**

Para que o realinhamento da Política Nacional Antidrogas fosse efetivo e contasse com o maior número de contribuições de todo território nacional, uma sequência de eventos foi desenvolvida para facilitar a participação da população e garantir a atualização da PNAD de forma democrática, participativa e produtiva.

Para isso, o processo aconteceu em três etapas:

- (1) Seminário Internacional: Políticas Públicas sobre Drogas;
- (2) Seis Fóruns Regionais sobre Drogas;
- (3) Fórum Nacional sobre Drogas.

Seminário Internacional: “Políticas Públicas sobre Drogas”  
Brasília, 21 de junho de 2004

+

6 Fóruns Regionais  
Todas as regiões do Brasil, agosto a outubro de 2004

+

Fórum Nacional sobre Drogas  
Brasília, 24, 25 e 26 de novembro de 2004



Realinhamento da Política Nacional Antidrogas

**Conhecendo o panorama mundial - Seminário Internacional: Políticas Públicas sobre Drogas**

O Seminário Internacional pode ser considerado o primeiro passo no processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas. Realizado em Brasília, no dia 21 de junho de 2004, o evento promoveu o debate e a troca de experiências entre representantes dos governos de sete países (Canadá, Itália, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça), além do Brasil, a respeito dos diferentes modelos implantados de políticas públicas sobre drogas.

Os representantes mostraram uma síntese das políticas sobre drogas adotadas pelos seus governos e destacaram tanto os avanços quanto os problemas das políticas nacionais dos seus países. As diferenças e semelhanças entre as políticas internacionais e a do Brasil foram fator estimulante para as discussões que viriam a seguir, nos fóruns regionais.

**Ganhando legitimidade e representatividade - Fóruns Regionais sobre Drogas**

Os fóruns regionais sobre drogas aconteceram entre agosto e outubro de 2004, nas cinco regiões do país: Sul (Florianópolis/SC), Sudeste (São Paulo/SP), Nordeste 1 (Salvador/BA), Nordeste 2 (São Luís/MA), Norte (Manaus/AM), Centro-Oeste (Campo Grande/MS), propiciando a descentralização dos debates sobre o tema. Realizados numa parceria entre a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e os governos dos estados, por meio dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes/Antidrogas, os fóruns atraíram 2.544 pessoas divididas em seis oficinas, que discutiram os capítulos da Política Nacional Antidrogas: (1) Pressupostos Básicos e Objetivos da PNAD; (2) Prevenção; (3) Tratamento; (4) Redução de Danos Sociais e à Saúde; (5) Redução da Oferta - Repressão e (6) Estudos, Pesquisas e Avaliações. Os participantes, no momento da inscrição no fórum, optavam pela oficina da qual iriam participar. As inscrições foram gratuitas.

Cada fórum regional contou com um coordenador geral e um representante da comunidade científica, como coordenador técnico-científico. O primeiro foi responsável pela divulgação regional do evento, bem como pela logística e operacionalização do fórum. Esse coordenador era o presidente ou integrante do Conselho Estadual de Entorpecentes/Antidrogas do Estado-sede. O coordenador técnico-científico foi responsável por: a) supervisionar os trabalhos durante as oficinas; b) dar suporte aos coordenadores de oficina; e c) elaborar um relatório referente ao fórum regional, com dados e comentários sobre seu desenvolvimento.



**CAPÍTULO 4: Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas**  
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Anna Paula Uchôa de Abreu Branco

As oficinas foram coordenadas por especialistas renomados, ligados a universidades e/ou projetos de grande alcance social na área de drogas. Eles foram denominados coordenadores de oficina e foram responsáveis por coordenar as discussões, organizar as conclusões e apresentá-las por escrito ao coordenador técnico-científico, além de apoiá-lo na elaboração do relatório do fórum regional. A forte participação popular foi característica dos fóruns regionais. Os capítulos da atual Política foram discutidos, item a item, de forma transparente e democrática, com base nas realidades regionais e apresentados à SENAD em forma de relatório. As discussões foram feitas a partir da política em vigor, considerando item a item do respectivo capítulo. Uma extensa discussão foi incentivada e facilitada para que os participantes, em cada região, pudessem debater sobre o tópico e escolher se o item seria (1) mantido, (2) modificado - e então nova proposta era apresentada - ou (3) excluído. Havia também a possibilidade da inclusão de novos itens, além de itens sobre os quais não houve consenso.

Após cada fórum regional, as sugestões das oficinas eram coletadas e entregues à SENAD, como relatório de atividades daquele evento. Para as atividades dos fóruns regionais, foi desenvolvido um instrumento especial de trabalho, para garantir a utilização da mesma metodologia em todas as regiões e a fidelidade dos resultados. O documento em processo de elaboração era projetado, e as considerações dos presentes à oficina, inseridas e simultaneamente acompanhadas por todos. Ao final dos trabalhos de cada dia, o documento trabalhado era entregue à SENAD e os relatórios finais, de cada oficina, assinados pelos respectivos coordenadores, que garantiram, com esse ato, a autenticidade das informações.

A pluralidade e a democracia nas discussões foram garantidas pela escolha das universidades, como parceiras privilegiadas para sediar os eventos. As características que o ambiente universitário apresenta permitem maior e mais variada participação de representantes de vários setores, não somente da comunidade acadêmica.

**A Política da sociedade - Fórum Nacional sobre Drogas**

O Fórum Nacional sobre Drogas foi realizado em Brasília, em novembro de 2004, e foi o evento conclusivo do processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas. A metodologia de trabalho do fórum nacional foi originada a partir da metodologia criada para processo dos fóruns regionais. Embasando-se nas experiências apresentadas no Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas e nas conclusões de cada Fórum Regional, o Fórum Nacional abriu espaço para as discussões e considerações finais do processo de realinhamento efetivo da Política, garantindo o diálogo e a participação de cerca de 4 mil representantes de vários setores e regiões brasileiras. Diferente dos fóruns regionais, o fórum nacional foi um fórum de governo, no qual o governo federal (SENAD e Ministérios) atuou como coordenador, a comunidade científica como a mediadora e a sociedade, como decisora da política.

Apoiado na experiência de trabalho dos fóruns regionais, os capítulos da PNAD foram divididos em oficinas temáticas para discussão e cada participante escolheu integrar uma oficina, uma vez que elas aconteceram concomitantemente. A exceção foi a oficina dedicada ao capítulo Pressupostos Básicos e Objetivos da PNAD, que foi dirigida a todo o público do evento. Nela, foram discutidos os pontos norteadores da política. Após o término dessa oficina, os participantes se dirigiram às oficinas temáticas, nas quais tinham se inscrito previamente.

No momento da inscrição, o participante optava por somente uma oficina:

- 1) Prevenção;
- 2) Tratamento, Recuperação e Reinserção Social;
- 3) Redução de Danos Sociais e à Saúde;
- 4) Redução da Oferta (repressão) e
- 5) Estudos Pesquisas e Avaliações.

E recebeu uma publicação especialmente produzida, para servir de instrumento de trabalho durante as discussões do fórum nacional. Esse texto continha todas as informações necessárias para conhecer e refletir sobre as sugestões de cada fórum regional e então, de maneira participativa e democrática, contribuir para consolidar os itens da PNAD.

As discussões seguiram os itens da PNAD, em cada oficina. Cada item recebeu 6 (seis) sugestões, originadas nos fóruns regionais, e que poderiam ser semelhantes ou não. As sugestões regionais foram transcritas para o documento de trabalho

**CAPÍTULO 4: Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas**  
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Anna Paula Uchôa de Abreu Branco

produzido para o fórum nacional, para valorizar o processo realizado, manter a legitimidade das sugestões originadas da população participante e garantir a integridade das sugestões apresentadas pela região, com suas peculiaridades.

Nas oficinas, poderiam ser tomadas as seguintes atitudes: 1) escolher uma das opções sugeridas pelas regiões; ou 2) escolher mais de uma opção sugerida e fazer uma combinação dessas. Somente se houvesse sugestão vinda dos fóruns regionais para exclusão do item, este poderia ser excluído. A decisão era tomada após discussão e a proposta de modificação, se necessária, era redigida de imediato.

Assim como nos fóruns regionais, o fórum nacional contou com coordenadores e mediadores para a sistematização dos trabalhos. A coordenação geral e a técnico-científica foi de responsabilidade da Secretaria Nacional Antidrogas. Para mediar as discussões das oficinas, foram chamados os mesmos especialistas, que conduziram as discussões do processo regional dos fóruns. A presença desses especialistas foi fundamental para o esclarecimento de dúvidas, pois eles participaram de todo o processo de discussões realizado pelo país. Os coordenadores de oficina, por sua vez, eram representantes de áreas do governo federal, com responsabilidades setoriais em área específica de cada oficina.

O resultado dos trabalhos desenvolvidos foi apresentado na cerimônia de encerramento. De um total de 88 itens existentes na Política Nacional Antidrogas, 81 deles foram realinhados, ou seja, 92% dos itens. Além disso, 53 itens foram incluídos e apenas 03 excluídos. Na política realinhada, os itens "Pressupostos Básicos" e "Objetivos", que figuravam como capítulos específicos, assumem papel de orientadores de toda a política. Os resultados de cada oficina do fórum nacional (material bruto) foram trabalhados, formatados e adequados de forma a originar a proposta de política encaminhada ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). A adequação foi feita por um especialista em Políticas Públicas, em conjunto com um coordenador e um mediador da oficina em questão (governo e comunidade científica) e sob a supervisão da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Todo este processo de formatação e adequação do texto da política foi registrado em ata assinada pelos participantes.

As deliberações das discussões foram encaminhadas ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que aprovou, por unanimidade, a Política Nacional sobre Drogas e, em outubro de 2005, esta foi apresentada à população brasileira pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva. A Política Nacional sobre Drogas pode ser acessada e submetida a download nas versões português, inglês e espanhol no site do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) - [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br).

**Legislação brasileira sobre drogas coloca Brasil em destaque no cenário internacional**

A legislação brasileira sobre drogas foi atualizada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 23 de agosto de 2006. O Projeto de Lei (PL) nº 115/02 do Senado tornou-se a lei nº 11.343/06 e substituiu as leis 6.368/76 e 10.409/02, sobre drogas, até então vigentes no país. A nova lei coloca o Brasil em destaque no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias.

A lei 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do país.

Entre os principais pontos a serem destacados está a distinção clara e definitiva entre usuários / dependentes de drogas e traficantes, colocados em capítulos diferentes. A nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga. Apesar do porte continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade mas, sim, à medidas sócio-educativas aplicadas pelos juizados especiais criminais.

O texto prevê o aumento do tempo de prisão para os traficantes que continuam a sere julgados pelas varas criminais comuns. A pena passará de três a quinze para cinco a quinze anos de detenção. A tipificação do crime de financiador do tráfico, com pena de 8 a 20 anos de prisão, é mais um ponto a se destacar.

Outros aspectos inovadores são o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico.



**CAPÍTULO 4: Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas**  
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Anna Paula Uchôa de Abreu Branco

O texto na íntegra da lei pode ser encontrado no site: [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br).

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei 11.754, através da qual a Secretaria Nacional Antidrogas passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

A nova lei 11.754/08 também alterou o nome do Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Esta mudança era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004.

**Atividades****Reflexão**

- 1 - ) Explique porque a Política Nacional Antidrogas foi realinhada.
- 2 - ) Explique como ocorreu o processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas.
- 3 - ) Explique como foram aproveitadas, no Fórum Nacional sobre Drogas, as sugestões oriundas dos Fóruns Regionais sobre Drogas.

**CAPÍTULO 5: A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil**  
Pedro Gabriel Delgado e Francisco Cordeiro

Este capítulo pretende abordar alguns aspectos da política de saúde para álcool e outras drogas no Brasil.

Em primeiro lugar, vamos discutir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), suas instâncias de deliberação e gestão. A partir deste passo, focalizaremos as diretrizes que regem a política do Ministério da Saúde destinada à atenção aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas e, na terceira e última parte, discutiremos as estratégias e resultados alcançados pelas possibilidades que o SUS atualmente dispõe para atender estas pessoas.

**Tópicos**

1. Sistema Único de Saúde: princípios e instâncias de deliberação e gestão
2. Diretrizes para a política de álcool e outras drogas
3. Rede de atendimento do SUS
4. Conclusão

**Sistema Único de Saúde: princípios e instâncias de deliberação e gestão**

Depois de promulgada a Constituição de 88, a saúde é colocada no seu artigo 196 como "direito de todos e dever do Estado".

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado por meio da Lei 8080/90. A partir de então, temos o desafio de fazer este novo sistema ser eficiente para prevenir doenças e promover saúde.

Para este grande desafio, são necessários princípios que nos orientem a garantir as ações de saúde indispensáveis para o bem-estar da população brasileira. Desta forma, o SUS traz alguns princípios: a universalidade, a integralidade, a igualdade, a hierarquização, a equidade, a descentralização e a participação social.

**O que estes princípios querem dizer?****De uma forma simples e direta, querem dizer que o SUS deve:**

- atender todas as pessoas que dele necessitem (universalidade);
- ver a pessoa e suas demandas de saúde de forma completa (integralidade);
- atender todos os cidadãos independente de cor, raça, etnia, gênero, orientação sexual sem qualquer preconceito e privilégio (igualdade);
- organizar os serviços de saúde evitando oferecer diferentes ações e unidades para um mesmo objetivo (hierarquização);
- prestar assistência igualmente a todas as pessoas, independentemente de quaisquer condições das pessoas e da demanda (equidade);
- implantar os serviços de saúde perto de onde as pessoas moram sob a gestão municipal e estadual (descentralização);
- garantir a participação da comunidade (participação social).



**CAPÍTULO 5: A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil**

Pedro Gabriel Delgado e Francisco Cordeiro

**SAIBA QUE:**

**Além dos princípios acima descritos, o SUS tem uma característica inédita, se comparado a outros sistemas, que é a gratuidade.**

A participação popular nas decisões das ações de saúde aumentou muito com a implantação do SUS. Isto porque a política de saúde democratizou a participação de profissionais de saúde, representantes da população, gestores de saúde e outras representações por meio das conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde. Estas conferências definem as diretrizes e prioridades na área da saúde. E os conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde - que também têm uma ativa participação popular - são responsáveis por fiscalizar e cobrar o desenvolvimento destas ações.

**SAIBA QUE:**

**Passados quase 20 anos da criação do SUS, ainda temos muitos desafios a enfrentar, pois sabemos atualmente que 90% da população brasileira depende do SUS de alguma forma. No entanto, certamente temos resultados positivos para mostrar, como veremos mais adiante.**

**Diretrizes para a política de álcool e outras drogas**

Dentro da estrutura do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental é responsável pela política para usuários de álcool e outras drogas, que inclui iniciativas de prevenção, promoção e tratamento.

Como dissemos, a discussão dos rumos das ações é feita nas conferências de saúde, em seus diversos níveis (municipal, estadual e nacional). Em 2001, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental que resultou em importantes recomendações para o desenvolvimento do trabalho cotidiano e futuro referente à política de saúde mental, tendo como pressuposto básico a inclusão social e a convivência com a diferença.

**Importante!!**

Até 2002, a saúde pública não desenvolvia ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas, sendo esta uma lacuna relevante na agenda das políticas de saúde. Existiam poucos ambulatorios e serviços especializados para o tratamento de álcool e outras drogas no país, que trabalhavam de forma pouco articulada e assistemática.

Em 2002, o Ministério da Saúde publica diversas portarias que dão início a um modelo de tratamento para as pessoas que sofrem de **transtorno mental** e de **dependência de álcool e outras drogas** - são criadas unidades de tratamento chamadas **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**.

As principais características deste modelo são: unidades de saúde localizadas na comunidade, serviços abertos, territorializados, entre outras que vamos detalhar depois. Neste mesmo momento é garantido financiamento específico para a área de saúde mental (incluindo álcool e outras drogas), que não havia anteriormente.

Baseado na necessidade de definir uma política específica para álcool e outras drogas no Brasil foi criado em 2003 o **Grupo de Álcool e outras Drogas (GAOD)** no Ministério da Saúde com o objetivo de discutir este tema. Formado por técnicos de várias áreas distintas, este grupo produziu um documento que formaliza a posição do Ministério da Saúde.

A publicação da **"Política do Ministério da Saúde para a Atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas"**

**CAPÍTULO 5: A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil**

Pedro Gabriel Delgado e Francisco Cordeiro

em 2003, inaugura uma fase na política de saúde. Dois componentes importantes devem ser ressaltados: a inclusão do consumo de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública e o atendimento das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

**Os princípios que norteiam a política do Ministério da Saúde são, entre outros:**

- **atenção integral:** o usuário deve ser visto de forma geral e não apenas na questão específica da saúde;
- **base comunitária:** o cuidado do usuário na comunidade, no espaço onde ele vive, perto da família;
- **territorialização:** cada unidade deve atender um espaço determinado, para facilitar o vínculo;
- **lógica da redução de danos:** não existe o objetivo único de se chegar à abstinência, pois o principal objetivo das ações de tratamento é melhorar a qualidade de vida dos usuários;
- **intersetorialidade:** a questão do tratamento não é só da saúde, por isso é necessário que se concretizem parcerias para incluir o usuário em outros espaços de cidadania.

Nesta mesma publicação, é enfatizado que o grande problema de saúde pública relacionado a drogas é o **álcool**. A situação é a mesma no mundo inteiro. Devemos reconhecer, no entanto, que o álcool faz parte da cultura brasileira e mundial, presente em festividades e comemorações. Por outro lado, o álcool é responsável por grande parte dos acidentes de trânsito, doenças (câncer, etc), falta ao trabalho, sexo desprotegido, entre outras situações.

De forma geral, o Ministério da Saúde considera que o consumo de álcool e outras drogas **é uma questão de saúde pública e não de segurança pública ou de polícia**.

**Rede de atendimento do SUS**

A rede do SUS para álcool e outras drogas deve estar integrada com os outros serviços de saúde existentes, bem como com a comunidade, facilitando a construção de redes de suporte social, e estabelecendo parcerias com os setores da educação, do trabalho, da promoção social, da cultura, do esporte e outras instâncias importantes para que a promoção à saúde, prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas ocorram de forma contínua, considerando a resposta intersetorial a esta situação.

O objetivo central da política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias.

**No que diz respeito à saúde especificamente, vários componentes podem contribuir na resposta ao uso/abuso de álcool e outras drogas:**



**CAPÍTULO 5: A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil**

Pedro Gabriel Delgado e Francisco Cordeiro

**I - Atenção Básica**

As unidades básicas de saúde (UBS) e equipes de saúde da família (ESF) são as primeiras portas de entrada para o sistema de saúde. Ou seja, a população procura estes profissionais de saúde para receber qualquer tipo de atendimento.

Nos últimos anos, tivemos a expansão do número de ESFs, a transformação de algumas UBS em unidades mistas (com PSF) e também a manutenção das UBS. Desta forma, o atendimento à população na atenção básica aumentou e estes profissionais começaram a receber pessoas que precisavam de atendimento em saúde mental e relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Pesquisa realizada em 2002 pelo Ministério da Saúde revelou que 56% das ESF já haviam desenvolvido alguma ação em saúde mental. Atualmente existem 26.000 equipes de saúde da família.

A necessidade de integrar de forma mais sistemática ações de álcool e outras drogas na atenção básica é urgente. O Ministério da Saúde está privilegiando iniciativas de capacitação de profissionais para ampliar e consolidar esta resposta. Esta parceria com a Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade Federal de São Paulo é uma prova concreta disto.

De uma forma geral, é possível que os profissionais que trabalham em UBSs ou ESFs sejam capazes de atender a estas demandas. Acreditamos que o trabalho destes profissionais tem uma característica que o trabalho de profissionais que estejam em outras unidades de saúde (hospitais, ambulatorios, CAPS) não têm: o acesso direto à população. Este é um ponto importante e não deve ser deixado de lado, pois as visitas da equipe facilitam o vínculo e a aproximação entre a população e os profissionais de saúde que possibilita o estabelecimento de relação de confiança.

Outro aspecto positivo é o fato de os agentes comunitários de saúde morarem na mesma área em que trabalham, ou seja, estas pessoas tornam-se referências imediatas de saúde, e por extensão, do sistema de saúde. Hoje existem no SUS cerca de 220.000 agentes comunitários de saúde.

A partir das capacitações, acreditamos que os profissionais de atenção básica possam avaliar os casos no sentido de identificar a necessidade de algum tipo de intervenção (especialmente intervenção breve) nas UBS ou no âmbito do ESF.

**II - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad)**

É também papel dos CAPSad realizar capacitações para outros profissionais de saúde. Em relação à atenção básica, já temos tido experiências de CAPSad que estão acompanhando e supervisionando estes profissionais. É esta experiência que o Ministério da Saúde recomenda com o intuito de ampliar o atendimento e cuidar destes usuários sob uma perspectiva integrada.

Segundo dados da Coordenação de Saúde Mental, a rede de CAPSad cresceu 300% de 2002 até julho de 2006; neste mesmo período foram feitos mais de 2 milhões de atendimentos. O Ministério da Saúde investiu mais 40 milhões de reais para estados e municípios, com o objetivo de implantar e manter esta rede funcionando.

Alguns ambulatorios de saúde mental/álcool e outras drogas também atendem a população no que diz respeito às dependências de álcool e outras drogas.

**III - Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas**

A rede de tratamento para álcool e outras drogas deve conter também uma unidade de retaguarda para os casos de urgência e emergência (síndrome de abstinência alcoólica, overdose). Com este objetivo, a criação de leitos clínicos em hospitais gerais é a forma de acolher estes casos.

O Ministério da Saúde está apoiando estados e municípios na habilitação desta modalidade de atendimento em hospitais gerais. A portaria GM 1612/2005 estabelece critérios para esta habilitação dos hospitais gerais, e que também cria novos procedimentos para os hospitais habilitados, com remuneração maior e tempos de internação menores.

A ampliação destes leitos é um desafio a ser enfrentado, com o objetivo, de reduzir cada vez mais a internação de

**CAPÍTULO 5: A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil**

Pedro Gabriel Delgado e Francisco Cordeiro

dependentes de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.

Outra alternativa é a estimulação do funcionamento 24 horas dos CAPSad. Existem algumas unidades que já estão funcionando desta forma e que estão se revelando experiências positivas de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas.



**O desafio do Ministério da Saúde é ampliar o acesso ao tratamento eficaz e de qualidade. Estamos fazendo isto quando ampliamos o número de pontos de tratamento na rede pública e adotamos a lógica da redução de danos como princípio norteador no entendimento da questão do consumo de álcool e outras drogas.**



**CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?**

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

Em todos os setores da sociedade o avanço tecnológico tem imprimido um ritmo alucinante às mudanças. Na área da saúde, são exemplos do progresso da ciência e das pesquisas, os transplantes, as novas e complexas cirurgias, os modernos equipamentos e o grande número de novos medicamentos. Diante da oferta cada vez mais ampla deste conjunto de novidades é importante estar atento aos cuidados e informações sobre os medicamentos.

**Tópicos**

1. Medicamentos são...
2. Cuidados com os medicamentos
3. O que é automedicação?
4. Medicalização da Sociedade
5. Uso Racional de Medicamentos (URM)
6. Propaganda de Medicamentos
7. Normas para a propaganda de medicamentos
8. Conclusão

**Medicamentos são...**

Essenciais, quando receitados e usados adequadamente para diagnosticar, prevenir ou curar doenças.

São fórmulas elaboradas em farmácias, hospitais ou empresas farmacêuticas e devem atender às especificações técnicas e legais da legislação brasileira de vigilância sanitária.

No entanto, quando se fala em **remédio**, considera-se um grupo bem maior de ações, que além dos medicamentos abrange qualquer cuidado e recurso terapêutico com a mesma finalidade, como: um banho quente, massagem, repouso, psicoterapia, acupuntura. Assim:

Todo medicamento é remédio, mas nem todo remédio é medicamento.

Desde a antiguidade, sabe-se que toda substância pode curar ou tornar-se um veneno, a diferença está na **dose** e nas **condições de uso** da substância.

A cura, propriamente dita, depende da aplicação de determinada substância na **hora** certa, na **dosagem** certa e por quem tem **competência** para a prescrição: o **médico** ou o **dentista** ou o **veterinário**.

O **farmacêutico**, neste caso, exerce a assistência farmacêutica com segurança, técnica e ciência; se considerarmos o seu conhecimento sobre as patologias, os medicamentos e seus mecanismos de ações, interações e efeitos colaterais.

Utilizados de maneira incorreta ou consumidos sem orientação médica, os fármacos podem causar efeitos indesejáveis e oferecer sérios riscos à saúde.

Atualmente, os medicamentos têm se tornado um problema de saúde pública, devido ao:

- **alto custo**, o que dificulta o acesso de boa parte da população;
- surgimento de grande número de **efeitos indesejáveis**, que nem sempre são previstos pelo fabricante;
- e, principalmente, aos riscos da prática da **automedicação**.

**CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?**

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

**Cuidados com os medicamentos****Na compra**

A regulamentação da venda dos medicamentos é necessária, devido às características do produto.

No Brasil, alguns medicamentos podem ser comprados sem receita médica: são os medicamentos de **venda isenta de prescrição**.

Outros medicamentos só podem ser vendidos com prescrição (receita) médica e possuem na sua embalagem uma **tarja vermelha**.

Há ainda alguns medicamentos com **tarja vermelha** ou **preta**, que têm a sua venda controlada pelo governo, sendo obrigatória a apresentação da receita acompanhada de um formulário azul, amarelo ou branco que no momento da compra fica retido na farmácia ou drogaria. Para adquirir este medicamento é **obrigatória** a identificação do comprador – nome completo, número da identidade, endereço e telefone.

Na hora de comprar, o consumidor deve ficar atento à embalagem, que:

- Deve estar lacrada, com a caixa ou tampa colada;
- Sem partes amassadas, borradadas ou rasgadas.

Por determinação do Ministério da Saúde, toda embalagem de medicamento precisa ter:



- a **data de validade** e o **número do lote de fabricação**, que também devem estar impressos na cartela interna ou no frasco que contém o medicamento;
- o nome do produto bem impresso e de fácil leitura;
- uma área especial que, ao ser raspada com metal, revela o nome do laboratório e a palavra "qualidade";
- o nome do farmacêutico responsável pela fabricação e seu número de inscrição no CRF (Conselho Regional de Farmácia);
- e, por fim, o número de registro do medicamento no Ministério da Saúde/Anvisa.

**Atenção!**

É importante que mesmo os medicamentos sem **tarja** sejam comprados com o acompanhamento por um profissional de saúde. Assim, peça sempre orientação ao **farmacêutico**. Ele é o profissional de saúde com quem você deve contar para orientá-lo no momento de aquisição do medicamento e é o único responsável por substituir o medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas do profissional prescritor.

**Antes de consumir o medicamento, é preciso ler a bula com cuidado.**



## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

## Na conservação

Os medicamentos devem ser guardados fora do alcance das crianças, ao abrigo da luz, longe do calor e da umidade. Os medicamentos líquidos, que tiveram seu lacre rompido, não devem ser armazenados para uso posterior e os seus frascos não podem ser reaproveitados. Após o término de um tratamento, despreze as sobras de medicamentos. Jamais utilize medicamentos vencidos, especialmente antibióticos.



## Cuidado!

Existem medicamentos que não possuem o registro (obrigatório) no Ministério da Saúde/ANVISA. Eles representam grande risco para a saúde e nunca devem ser consumidos. Quando encontrados, devem ser levados ao conhecimento do serviço local de vigilância sanitária.

Em caso de dúvida, em relação ao medicamento, converse com o farmacêutico.

## O que é automedicação?

A automedicação é o termo usado para designar a **ação de medicar-se por conta própria**. Lamentavelmente, é uma prática largamente difundida no Brasil e no mundo. As **consequências** desse ato podem ser desastrosas, gerar efeitos indesejados e imprevistos, causando danos:

- à saúde, por conta do risco presente em qualquer medicamento,
- e ao bolso dos usuários, pois, geralmente, são produtos de custo alto e adquiridos sem necessidade.

Várias são as **razões** pelas quais os indivíduos se automedicam. A principal delas pode ser atribuída à **difícil acesso à orientação médica** por grande parte da população ou, ainda, ao **hábito** de resolver os problemas de saúde, considerados rotineiros, da sua própria maneira, alegando falta de tempo.

A prática da automedicação pode ser influenciada pelas **mensagens publicitárias** veiculadas pelos diversos meios de comunicação. Como boa parte dos medicamentos é vendida sem a necessidade da receita médica (medicamentos de venda isenta de prescrição), comprar medicamento por conta própria, na farmácia mais próxima, tornou-se a mais cômoda e a primeira opção da maioria da população brasileira para tratar sintomas das doenças comuns.

Os medicamentos devem ser vistos como **coadjuvantes** (auxiliares) e não protagonistas do tratamento, o que significa dizer que eles terão o efeito desejado se forem tomados corretamente (com indicação médica/orientação do farmacêutico, na hora certa, na dose certa e pelo tempo determinado).



## Atenção!

Mesmo os medicamentos que têm a **venda isenta de prescrição médica** podem causar efeitos indesejáveis ao organismo. Por isso, o uso de qualquer medicamento exige a orientação de um médico ou de um farmacêutico.

## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

## Os perigos da automedicação

Nenhum medicamento é totalmente livre de risco. Em maior ou menor grau, o risco está sempre presente. Portanto, os medicamentos não devem ser usados sem a devida orientação de um profissional de saúde, mesmo que tenha dado certo com o irmão, amigo ou vizinho. No caso de medicamento, **o que é bom para uma pessoa pode ser ruim para outra**.

Medicar-se por conta própria ou por indicação de outra pessoa, que não o médico ou farmacêutico, pode:

- não surtir efeito nenhum ou agravar a doença;
- mascarar os sintomas (a dor passa, mas a infecção continua, por exemplo);
- tornar mais difícil o diagnóstico correto da enfermidade; ou
- causar danos sérios ao organismo, atingindo órgãos que não estão doentes.

Mesmo em doses terapêuticas habituais, os medicamentos podem causar, por si só, efeitos nocivos não intencionais e indesejados, que são as chamadas "reações adversas". As principais reações são intoxicações e alergias. E a automedicação pode causar também a interação medicamentosa, ou seja, ao combinarmos dois ou mais produtos, um pode interferir na ação do outro, potencializando seu efeito ou mesmo anulando-o. Algo parecido pode ocorrer com alguns alimentos, por isso qualquer medicação deve ser ingerida com água, não com suco, leite ou refrigerante, salvo recomendação expressa do prescritor.

O **consumo de vitaminas** em excesso, um modismo influenciado pela mídia, pode causar doenças e isso está comprovado por pesquisa científica.

- A vitamina C, em excesso, pode provocar distúrbios gastrointestinais e cálculo renal.
- A vitamina A, quando consumida em altas doses e por um longo período de tempo, pode causar distúrbios neurológicos e, se usada por crianças, pode provocar hipertensão craniana, por exemplo.

É por isso que a **avaliação de um profissional** é importante. Ela serve para identificar a doença, indicar o medicamento adequado e a dosagem necessária – quantidade, horário, frequência. Todas essas informações devem constar, claramente, na receita, mas só o especialista, médico ou o farmacêutico, poderá orientar o paciente, em caso de dúvida.



## Importante!

No Brasil, é grande o número de **vítimas por intoxicação** de medicamentos. O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) registrou, em 2004, **81.824 casos de intoxicação humana** no país. Sendo que os medicamentos, com um percentual de 29%, lideram a lista dos principais agentes tóxicos causadores dessas intoxicações.

A forma mais comum de intoxicação é acidental (55% dos casos registrados) e a faixa etária mais atingida é a de **crianças menores de cinco anos**, que representam 23,8% dos casos.

De acordo com a Associação Brasileira de Indústrias Farmacêuticas (Abrifarma), todo ano, cerca de **20 mil pessoas morrem vítimas da automedicação** no Brasil.



## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

## Medicalização da sociedade

A vida moderna impõe um cotidiano apressado e desregrado, que interfere no modo de viver das pessoas. O tempo voa e as atividades são muitas. A falta de tempo não deixa espaço para uma alimentação saudável. As brincadeiras de rua e as atividades físicas cederam lugar para a televisão, para o videogame ou para o computador.

Nas últimas décadas, esses **hábitos sedentários** geraram muitos problemas de saúde associados à **má alimentação** e ao **estresse**, como a depressão, o diabetes, a hipertensão, entre outras doenças. Por sua vez, a indústria farmacêutica segue desenvolvendo novos medicamentos para doenças que poderiam ser evitadas, simplesmente adotando modos de vida mais saudáveis.



## Atenção!

O uso de medicamentos não deve substituir medidas e hábitos que evitam doenças e contribuem para uma vida saudável, como a reeducação alimentar, a atividade física regular e o lazer, dentre outros.

## Uso Racional de Medicamentos (URM)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS),

*Há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para as suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.*

Isso significa dizer que os medicamentos, quando indicados e administrados corretamente, em doses e vias adequadas, respeitando o horário e tempo necessário para o tratamento, têm grande valor para a saúde. Por outro lado, quando utilizados de forma incorreta, podem resultar em reações adversas graves, exigindo a interrupção do tratamento e, em alguns casos, a hospitalização do paciente.

## Propaganda de Medicamentos

A propaganda desperta desejos, cria novas necessidades e associa bem-estar e felicidade a coisas tangíveis, que podem ser compradas nas lojas, nos supermercados e, até mesmo, em farmácias. As peças publicitárias apresentam mensagens e imagens de alegria, felicidade, divertimento, bom posicionamento social, status, sucesso, entre outros.

Essa mídia, multifacetada e produtora de expectativas, sentidos e valores capazes de serem compreendidos em diferentes contextos sócio-geográficos e culturais, tem uma imensa capacidade de diversificar-se e infiltrar-se em diferentes segmentos e linguagens.

Todo esse vigor da mídia também desperta o interesse da indústria farmacêutica, que se vale da diversidade dos meios de comunicação, que usam tecnologias cada vez mais avançadas, e permitem novas e ousadas abordagens, em termos de propaganda.

A indústria farmacêutica tornou-se um dos negócios mais rentáveis do mundo. Muito dinheiro é investido pelos grandes laboratórios em pesquisa e na fabricação de novos medicamentos. Mas, a maior parte desse dinheiro é destinada à publicidade, em campanhas globais.

Os medicamentos têm sido anunciados como qualquer outro objeto de consumo. Suas propagandas estão associadas normalmente à **imagem de pessoas saudáveis**, felizes, realizadas, como se o estado de espírito pudesse estar contido

## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

nas pílulas e nos frascos de medicamentos, que passam a ser vistos como sinônimo de saúde, de realização pessoal, e a ocupar papel central nos tratamentos médicos.

Muitas peças publicitárias estimulam, constantemente, o uso indiscriminado de medicamentos, exagerando as qualidades dos produtos e omitindo suas contra-indicações. Nem sempre alertam os usuários sobre os riscos envolvidos no consumo indiscriminado e nem para o fato de que todo medicamento deve ser consumido com consciência e responsabilidade e, sobretudo, mediante orientação do médico.

## Importante!

A propaganda estimula, muitas vezes, o uso de **medicamentos inapropriados**, pois nem sempre o produto de maior divulgação é o que apresenta maior eficácia e menores riscos, ou é adequado para aquela pessoa, naquele momento. É freqüente acontecer o oposto: produtos com vantagens terapêuticas discutíveis têm campanha publicitária apenas para se manter no mercado.

Muitas peças publicitárias **estimulam o uso** indiscriminado de medicamentos e **exageram as qualidades** dos produtos, **omitem os seus riscos**. Um exemplo clássico: beber ou comer em excesso, considerando a existência de um medicamento que declara ser capaz de aliviar os sintomas dessas atitudes inadequadas.



## Quem regulamenta a propaganda de medicamentos?

Os laboratórios e a indústria de medicamentos têm lançado mão de um conjunto de técnicas e estratégias promocionais para **influenciar as vendas** de produtos farmacêuticos. Como não se trata de um bem de consumo comum, impõe-se ao Estado a necessidade de criação de um conjunto de instrumentos de regulação das propagandas de medicamentos.

A Constituição Federal prescreve como atribuição do **Sistema Único de Saúde (SUS)** o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

A **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**, criada em 1999 e vinculada ao Ministério da Saúde, é uma agência reguladora que estabelece normas, regulamentando produtos e serviços que envolvam riscos à saúde pública. Promove a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados e exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

Desde 2000, a **Anvisa regulamenta, fiscaliza e monitora a publicidade e propaganda de medicamentos e demais produtos sujeitos à vigilância sanitária\*** verificando se estão de acordo com a lei. A legislação é rigorosa com os veículos de comunicação, que podem ser responsabilizados por divulgarem propaganda irregular. Diante do descumprimento das regras, a Anvisa poderá multar e, até mesmo, suspender a peça publicitária.

\*Atualmente, esta atividade é realizada pela Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, Publicidade, de Promoção e de Informação de Produtos sujeitos à Vigilância Sanitária (GPROP), que tem por responsabilidade monitorar as propagandas veiculadas.

## Ações no campo de regulação da propaganda

A regulamentação da publicidade foi uma das recomendações do relatório da **Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos**. Além disso, o avanço tecnológico, particularmente aquele relacionado aos meios de comunicação, provocou um desenvolvimento acelerado na área de propaganda, em especial a de medicamentos, o foco de interesse da vigilância sanitária. Estes fatores concorreram fortemente para a criação de uma **legislação específica** para regulamentar a publicidade e a propaganda de medicamentos no Brasil.



## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

## RDC nº. 102, de 2000

Trata-se da **Resolução da Diretoria Colegiada, a RDC nº. 102**, de 2000, que estabelece as regras para a prática de propagandas de medicamentos no Brasil, objetivando que essas propagandas não sejam fontes de riscos à saúde da população.



Segundo a RDC, a propaganda:

- pode ser **enganosa**, quando emite alguma informação de caráter falso, que induza o consumidor ao erro em relação ao produto, mesmo que por omissão de informação;
- pode ser **abusiva** quando incita discriminação de qualquer natureza, violência ou quando provoca temor ou angústia e se aproveita da deficiência de julgamento das crianças. É explicitamente **proibida** a propaganda de medicamentos direcionada às crianças.

## Normas para a propaganda de medicamentos

## Venda isenta de prescrição médica

Podem ser anunciados ao público leigo, em meios de comunicação de massa, como rádio, TV, revistas e jornais de grande circulação. Devem, obrigatoriamente, apresentar:

- Nome comercial do medicamento;
- Nome do princípio ativo;
- Número de registro na Anvisa/Ministério da Saúde;
- A advertência: "A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO";
- Contra-indicação principal.

## Medicamentos de venda sob prescrição médica e com retenção de receita

Somente podem ser anunciados para o público habilitado a prescrever ou dispensar medicamentos, como os médicos, dentistas e farmacêuticos, em revistas especializadas, ou por meio de impressos, cartazes, folhêres e panfletos.



## Atenção!

Os investimentos em marketing e em promoção de vendas das empresas farmacêuticas absorvem de **15 a 20% do seu faturamento** e representam o dobro do que é investido em pesquisa para a produção de novos fármacos. Além disso, todos esses custos são embutidos nos preços dos produtos finais do consumidor.

Portanto, o público não pode confiar somente na propaganda, pois esta favorece a crença de que os medicamentos são a **única solução**. Muitas peças publicitárias estimulam o uso indiscriminado dos medicamentos. Deve-se levar em conta que a finalidade da propaganda é vender e não informar. É importante, antes de consumir, definir a real necessidade do produto anunciado.

## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

## Conclusão

## Resumindo:

- Os medicamentos devem ser vistos como **coadjuvantes** e não protagonistas do tratamento, ou seja, eles terão o efeito desejado se forem tomados com a indicação médica ou orientação do farmacêutico, na hora certa, na dose certa e pelo tempo determinado.
- Nenhum medicamento é totalmente livre de risco, portanto se utilizados de maneira incorreta ou consumidos sem orientação do profissional de saúde podem causar **efeitos indesejáveis** no organismo.
- Não comprar medicamento com o lacre violado, tampa descolada, embalagem amassada, borrada ou rasgada.
- A RDC da Anvisa exige que a propaganda de medicamentos de venda isenta de prescrição para o público em geral, deve obrigatoriamente conter o nome comercial; o princípio ativo; o número de registro na Anvisa; a contra-indicação principal e a advertência: "A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".
- É **proibida** a propaganda de medicamentos direcionada às crianças.
- A propaganda de medicamentos de venda sob prescrição médica somente pode ser realizada para os prescritores ou dispensadores.

Conheça mais sobre os regulamentos para a propaganda de produtos sujeitos à vigilância sanitária no Brasil em:

- <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/index.htm>
- **SINITOX**: <http://www.fiocruz.br/sinitox/>

- Denuncie a propaganda irregular. Envie e-mail para [gprop@anvisa.gov.br](mailto:gprop@anvisa.gov.br)



## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

## Bibliografia consultada

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Cartilha: *A informação é o melhor remédio*. 2008. (Material inédito).
2. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. *Textos de apoio da campanha: A informação é o melhor remédio*. 2007. (Material inédito).
3. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos*. 2. ed. rev. Editora do Ministério da Saúde, 2006.
4. HEXSEL, R. e SOUSA, M. R. *Medicamentos e meios de comunicação: política nacional de regulação na perspectiva de proteção da saúde pública*. Brasília, 2006. (mimeo)

## CAPÍTULO 6: Medicamentos: protagonistas ou coadjuvantes do tratamento?

Alice Alves de Souza, Maria José Delgado Fagundes, Renata Regina de Assis, Rosaura Hexsel

## Atividades

## Teste seu conhecimento

- 1 - ) Desde o começo da semana, dona Amélia vem sentindo dores de cabeça contínuas e, de dois dias para cá, tem ficado enjoada, também. Na segunda-feira, dona Amélia já não aguentando mais tomou "Prádor", um medicamento que Sônia, sua vizinha, utiliza porque tem enxaqueca crônica. Minutos após o fato, dona Amélia recebeu a visita periódica do agente comunitário de saúde, Fábio, a quem contou o fato. Assinale, entre as alternativas abaixo, aquela que descreve a atitude mais adequada, a ser tomada por Fábio:
  - a) Indicar outro medicamento mais eficaz e bem conhecido de todos, sem risco de contra-indicações.
  - b) Questionar sobre as dores e outros sintomas e recomendar um medicamento mais apropriado.
  - c) Solicitar que consulte um médico para que este faça um diagnóstico mais preciso sobre o seu caso.
  - d) Recomendar a ingestão de, no máximo, três comprimidos de "Prádor" por dia.
- 2 - ) Indique as conseqüências mais frequentes da automedicação:
  - a) Mal-estar, dores de cabeça, vômitos.
  - b) Mascarar ou agravar doenças, reações adversas (intoxicações, alergias, etc.), interação medicamentosa.
  - c) Descontrole dos horários das medicações que devem ser tomadas.
  - d) Distúrbios gastrintestinais, cálculo renal, distúrbios neurológicos e hipertensão craniana.
- 3 - ) Os medicamentos são classificados por modalidade de venda e, assim, têm a sua embalagem devidamente identificada. Assinale a alternativa que corresponde à relação correta entre embalagem tarjada e modalidade de venda:
  - a) Sem tarja: isento de prescrição; tarja vermelha: sem obrigatoriedade de apresentação da receita; tarja preta: obrigatória a retenção da receita.
  - b) Sem tarja: genérico; tarja vermelha: venda isenta; tarja preta: apresentação da receita.
  - c) Sem tarja: isento de prescrição; tarja vermelha: obrigatória a apresentação da receita; e tarja preta: retenção da receita.
  - d) Sem tarja: somente a apresentação da receita; tarja vermelha: retenção da receita; tarja preta: apresentação da receita.
- 4 - ) Com relação à propaganda de medicamentos, assinale a alternativa correta:
  - a) A Constituição Federal brasileira garante a liberdade de expressão, portanto, é livre qualquer publicidade de medicamentos.
  - b) Somente a propaganda de medicamentos genéricos deve possuir os dizeres: "AO PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".
  - c) No Brasil, a propaganda de medicamentos, como a propaganda de cigarros é expressamente proibida.
  - d) Os medicamentos de venda isenta de prescrição têm sua publicidade liberada para o grande público, desde que respeitadas as normas da RDC 102/00 da Anvisa.





# VIVAVOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

## 0800 510 0015

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas



## UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO.

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as consequências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VIVAVOZ, pode ficar mais simples entender tudo isso.

## É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Antiga Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre). Após 3 anos de funcionamento, os resultados positivos e a demanda do público para o teleatendimento apontaram para a necessidade de ampliação do serviço. Para isto, uma parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça vai permitir um maior período de atendimento.

O VIVAVOZ é uma central telefônica, aberta a toda população. Orientações e informações sobre as características e efeitos das drogas psicoativas, prevenção ao uso e abuso e os recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de apoio ou atendimento são encontrados no VIVAVOZ.

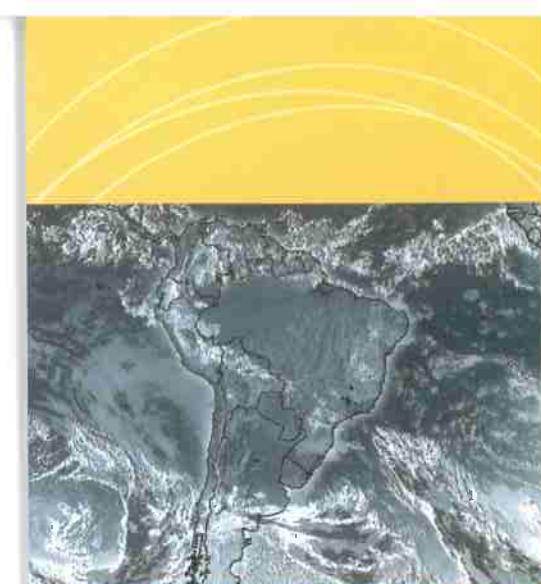
Os consultores passaram por um período intenso de capacitação e são supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.

## VIVA VOZ – ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES SOBRE O USO INDEVIDO DE DROGAS.

- \* Serviço aberto para toda a população;
- \* Totalmente gratuito;
- \* Não é preciso se identificar;
- \* Profissionais de qualquer área também podem tirar suas dúvidas e receber material bibliográfico;
- \* Horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 h às 20 h
- \* A partir do 2º semestre de 2008 o horário será expandido para 8 h às 24 h

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

# 0800 510 0015



### MÓDULO 1

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais

### MÓDULO 2

Efeitos de substâncias psicoativas no organismo

### MÓDULO 3

Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas

### MÓDULO 4

Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas

### MÓDULO 5

Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

### MÓDULO 6

As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas

### GUIA DO ESTUDANTE

### VÍDEOS

6 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD